

(E)

Planificació i Avaluació
Economia de la Salut

Estudis d'Economia de la Salut (Volum III)

37



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

(E)

Planificació i Avaluació
Economia de la salut

Estudis d'economia
de la Salut
(Volum III)



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut
Travessera de les Corts, 131-159. Pavelló Ave Maria. 08028 Barcelona
<http://www.gencat.cat/salut/>
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir505/index.html>

Edita: Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació
Primera edició: Barcelona, setembre 2010

Assessorament lingüístic: Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut
Coordinació editorial: Direcció general de Planificació i Avaluació
Disseny gràfic: Eggeassociats
Maquetació: Marc Alongina

ISBN: 978-84-393-8537-0

Índex

Presentació	4
Marina Geli i Fàbrega, consellera de Salut	
Introducció	5
María Luisa de la Puente, directora general de Planificació i Avaluació	
1. Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008	8
Marta Pastor i Fàbregas, Gabinet Tècnic de la Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut Ramon Gisbert i Gelonch, Universitat de Vic	
2. La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa	40
José M. Inoriza, Marc Carreras, Josep M. Lisbona, Elvira Sánchez i Jordi Coderch, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà Pere Ibern, Universitat Pompeu Fabra. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)	
3. Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008	103
Marisol Rodríguez Martínez i Meritxell Solé Juvés. Departament de Política Econòmica de la Universitat de Barcelona i Centre de Recerca en Economia del Benestar (CREB)	
4. El cost de néixer: estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència	137
Francesc Cots, Enric García-Alzóriz, Ramon Carreras, Antoni Payà, Maria Asunción Sala i Elisabeth Del Amo. Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica. Institut Municipal d'Assistència Sanitària	



La Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut té encomanades diferents funcions vinculades amb la planificació sanitària, com a primer pas del procés d'organització i avaluació de la salut i com a darrer punt del contínuum salut-malaltia. Una de les eines que es va posar en funcionament l'any 2006 va ser l'anàlisi econòmica, que es va incorporar tant per millorar el coneixement dels problemes i situacions com per fer noves propostes. Aquesta anàlisi ens ha apropat també a la dimensió del sector de la salut com a eix de l'activitat econòmica del nostre país, generador directe i indirecte d'interaccions i sinergies útils per a altres sectors, el qual ha facilitat la millora de l'estat de salut de la població. Ja el 2006 es va publicar la primera monografia dedicada a aquesta temàtica. El procés ha continuat i durant aquests darrers anys ha donat resultats, els quals s'han utilitzat internament i també externament, amb la divulgació per diferents mitjans.

En aquesta nova edició hem prioritzat l'anàlisi d'aspectes clau per al desenvolupament del sistema com ara l'atenció primària, amb l'actual procés de desplegament del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària, els plans directors i l'atenció integral dels processos des dels àmbits dels governs territorials de salut (GTS).

En aquesta publicació la Conselleria de Salut fa públics els estudis de recerca en economia de la salut del darrer any, i continua el treball descriptiu i analític útil per al coneixement científic dels problemes objecte d'estudi, i finalment també per a la planificació i l'avaluació sanitàries.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

Introducció

Introducció

Els estudis d'economia de la salut són cada vegada més rellevants en el sector sanitari. Dins d'aquest àmbit, la planificació i l'avaluació de programes i serveis de salut està cada vegada més interessada a saber el cost, la despesa i la previsió econòmica que té qualsevol activitat relacionada amb la salut. La Direcció General de Planificació i Avaluació va rebre l'encàrrec d'elaborar el Mapa sanitari i els plans directores, i es va plantejar incorporar l'anàlisi econòmica en tots aquests instruments de planificació per conèixer millor la situació dels serveis i per fer propostes de futur. Aquesta publicació reflecteix la continuïtat d'aquesta estratègia sota el títol d'*Estudis d'Economia de la Salut*, iniciada l'any 2006.

El primer estudi d'aquesta publicació: *Evolució de la participació dels plans directores en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008*, té com a objectiu valorar econòmicament els plans directores i l'impacte de les línies de planificació, controlar-ne l'evolució temporal i preveure'n tendències futures. En aquest informe es pot observar la distribució tant del pressupost com de la despesa del Servei Catalana de la Salut (CatSalut) dels anys 2006-2008, segons el tipus d'atenció sanitària desglossada en les disset categories de la CIM-9. La continuïtat temporal d'aquesta metodologia permet observar quines malalties tenen en cada moment més pes en el pressupost i en quin àmbit concret (atenció primària -AP-, atenció especialitzada -AE- i atenció farmacèutica -AF-) tant en l'àmbit general com per plans directores. També permet detectar possibles desviacions entre les dades pressupostades i la despesa real.

El segon estudi, *La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa*, és una continuació i ampliació dels dos estudis anteriors. L'any 2006 es presentà *La despesa farmacèutica segons morbiditat*, en què s'anализava la despesa farmacèutica en l'àmbit de Serveis Sanitaris Integrats Baix Empordà (SSIBE), i l'any 2007 l'estudi *La despesa sanitària segons morbiditat: anàlisi aplicada als serveis sanitaris de primer nivell* es referia al conjunt de la despesa sanitària en SSIBE. Aquest informe amplia l'àmbit incloent-hi la morbiditat i els costos sanitaris generats pel conjunt de la població del Baix Empordà independentment del centre, el proveïdor i l'àmbit assistencial en què hagi estat atesa. Tanmateix, per facilitar-ne la lectura, s'ha optat per incloure en els apartats d'introducció i metodologia d'aquest informe alguns dels continguts anteriors, en comptes de tan sols referenciar-los. Amb la informació creada, és possible establir sistemes de seguiment de la variabilitat de la pràctica mèdica i crear sistemes de *benchmarking* ajustats per morbiditat en el conjunt del sistema públic de salut per tal de millorar-ne l'eficiència.

El tercer estudi, *Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya (2005-2008)*, té com a objectiu principal identificar i analitzar estadísticament totes les partides de despesa del CatSalut que s'inclouen –o són susceptibles d'incloure's– dins d'un concepte ampli d'atenció primària i salut comunitària. El càlcul de la despesa en atenció primària i l'evolució recent (període 2005-2008) permetrà fer una anàlisi de la importància relativa de les diferents facetes de l'atenció primària i comunitària, i servirà per orientar la planificació i l'elaboració de les polítiques futures. La informació utilitzada fa referència a dades administratives dels organismes oficials implicats en la compra o la prestació de serveis d'atenció primària; en concret, les dades han estat facilitades pel CatSalut i l'Institut Català de la Salut (ICS). La despesa s'ha classificat segons tres criteris principals: línies de servei, regions i proveïdors. Tot i les limitacions de l'estudi, es pot dir que el CatSalut destina una part important del pressupost a l'atenció primària. Si es té en compte *la noció àmplia d'atenció primària* –que abraça els equips d'atenció primària (EAP) i tots els altres serveis (inclosa la farmàcia) que se'n deriven, estan directament connectats o són també primer punt de contacte per a la població– el percentatge de despesa absorbit per l'atenció primària

Introducció

arriba al 37,5% del total de la despesa sanitària finançada pel CatSalut. El ritme de creixement de la despesa en atenció primària i salut comunitària ha estat molt fort durant el període 2005-2008; en concret, es pot dir que la despesa en EAP va créixer en el període 2005-2008 un 40% més del que va créixer la despesa total del CatSalut.

El quart estudi, *El cost de néixer: estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència*, té com a objectiu valorar el cost de l'atenció assistencial des de l'inici de l'embaràs fins a tres mesos després del part, incloent-hi el cost hospitalari del nadó durant aquests tres mesos. Aquest informe aporta una idea sobre la diferència de cost de les diferents tècniques; l'estudi no entra en l'adequació de les tècniques ni del procés seguit de cada cas. Tot i que l'àrea estudiada té un fort component d'immigració, no sembla que aquest factor representi un sobrecost -més aviat al contrari-, ja que el seguiment del Programa d'atenció a la salut sexual (PASSIR) indica un millor compliment en aquest col·lectiu.

Finalment, cal indicar que el nostre objectiu a l'hora d'encarregar aquests estudis –com els anys anteriors– ha estat disposar d'informació en economia de la salut de primera mà en els temes de planificació i avaluació que són importants i actuals en el sector.

María Luisa de la Puente

Directora general de Planificació i Avaluació

1. Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

Marta Pastor i Fàbregas
Gabinet Tècnic de la Direcció General
de Planificació i Avaluació. Departament de
Salut
Ramon Gisbert i Gelonch
Universitat de Vic

Índex

Agraïments	10
1. Introducció	10
2. Objectiu	10
3. Metodologia	10
4. Resultats segons el pressupost del 2008	12
4.1. Resultats globals o per nivells d'assistència	12
5. Resultats segons la despesa del 2006 i el 2007	14
6. Resultats per CIM-9 o per categories diagnòstiques (segons el pressupost del 2008)	15
7. Resultats per plans directores (segons el pressupost del 2008)	18
8. Conclusions	21
9. Acrònims	21
10. Annex: resultats d'anys anteriors	22
10. 1. Resultats per CIM-9 o per categories diagnòstiques segons el pressupost (2006 i 2007)	22
10. 2. Resultats per als plans directores segons el pressupost (2006 i 2007)	27
10. 3. Resultats per CIM-9 o per categories diagnòstiques segons la despesa (2006 i 2007)	30
10. 4. Resultats per als plans directores segons la despesa (2006 i 2007) ..	36
11. Bibliografia	39

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

Agraïments

El nostre agraïment a totes les persones que han col·laborat amb la cessió de dades, suggeriments o comentaris i que han fet possible aquest treball:

Elena Calvo Valencia
Gabinet Tècnic DGPA

Cristina Molina Parrilla
Esther Jordà Sampietro
DGPA. Pla Director de salut mental i addiccions

Lluís Bohigas Santasusagna
Jaume Canela Soler
Assessors DGPA

Montse Bustins Poblet
Xavier Salvador i Vilalta
Elisabeth Vallés Forcada
CMBD – Divisió de Gestió dels Registres d'Activitat

Toni Gilabert i Perramon
David Magem Luque
Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries

Miquel Argenté i Giral
Àrea de Recursos

Eva Sánchez Busques
Àrea Patrimoni i Inversions

Marta Àlvarez Daroca
Gerència Econòmica i de Sistemes d'Informació

1. Introducció

L'avaluació de la distribució del pressupost i de la despesa és una eina important en l'anàlisi de la situació i la planificació dels serveis sanitaris i socio-sanitaris. Aquesta avaluació econòmica és un element important en l'anàlisi de la situació de cada pla director del Departament de Salut.

2. Objectiu

Avançar en el coneixement de la distribució del pressupost i de la despesa sanitària en diferents grups de patologies i també assignar la despesa corresponent als plans directors. Consolidar un procés automatitzat amb metodologia constant que faci possible la comparació en el temps.

3. Metodologia

La metodologia que s'ha utilitzat en aquest estudi és la continuació de la que s'ha utilitzat en els treballs anteriors d'estudis d'economia de la salut^{1,2,3}. Per aquest motiu, farem un èmfasi especial en les variacions i els aspectes que impliquin canvis importants i significatius.

En primer terme, hem de definir l'objectiu a llarg termini d'aquests estudis sobre la distribució econòmica en els diferents plans directors.

La voluntat del Departament és donar suport als sistemes d'informació amb base científica, automatitzats i amb continuïtat en el temps. La possibilitat de poder seguir l'evolució i les tendències futures d'una manera àgil és necessària per a la planificació de serveis i salut. Per aquesta raó, s'estableix una metodologia comuna en un període de temps de 4-5 anys per poder evidenciar una tendència en el temps^{2,3}.

Per això es desenvolupa una aplicació informàtica que automatitza tota la distribució del pressupost aprovat pel CatSalut per a l'any en estudi. Aquesta aplicació es mantindrà durant un període de cinc anys per poder establir una sèrie temporal que pugui ajudar en l'anàlisi. Aquest article representa el tercer any d'estudi^{4,5,6}. Els resultats dels estudis anteriors es poden consultar en l'annex.

Amb relació a l'aplicació concreta, cal dir que l'any 2005 es va introduir una millora pel que fa a la distribució del pressupost en atenció especialitzada. Fins llavors, aquest pressupost es distribuïa segons una estimació sobre uns centres en concret, però a partir del 2005 la distribució es va fer basant-se en els resultats d'un estudi sobre els recursos disponibles. Aquest estudi aporta més fidelitat a la situació general. L'estudi va ser una part important de la **reforma de l'atenció especialitzada a Catalunya (RAE)** que gestiona la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut. El va realitzar la consultora IASIST⁷.

A continuació, se n'exposa una descripció breu.

Descripció de la RAE:

- Qüestionari administrat als centres (59 hospitals + 35 CAP II + 33 CAP I)
- Un total de 1.822 unitats productores de serveis (UP)
- Informació disponible: responsable del centre, especialitats ofertes, activitat realitzada (1a visita, visites successives), derivació d'hospital, hores de visita anuals, llista d'espera i tipus de recurs.

L'aplicació informàtica segueix el mètode que es va establir en l'estudi del 2006. Té una primera fase que distribueix el pressupost de l'any 2008 per tipus d'atenció sanitària i, en una segona fase, passa de la despesa per tipus d'atenció a la despesa per cada categoria CIM-9 (*Classificació internacional de malalties, 9a revisió*). La distribució CIM-9 és la base per calcular els costos del plans directores^{1,2,3,8,9,10}.

Com a novetat respecte a la publicació precedent, a més de les dades **pressupostàries** de l'any 2008, aquest article introdueix les dades referents a la distribució segons el tipus d'atenció sanitària de la **despesa real** corresponent al pressupost consolidat del CatSalut/ICS dels anys 2006 i 2007. D'aquesta manera s'obté una visió complementària de la distribució econòmica segons el tipus d'atenció sanitària.

Tot i això, les dades de la distribució per categories CIM-9 i les de participació dels plans directores se segueixen obtenint a partir de les dades **pressupostàries**, per tant, es pot fer la comparativa amb les publicacions anteriors^{1,2,3}.

Per tal d'oferir una visió més àmplia d'aquesta informació econòmica i també per facilitar la comparativa, s'ha creat un annex on es mostren els resultats de l'estudi complet segons els pressupostos dels anys 2006 i 2007 (articles ja publicats). A més, aquest annex també mostra la distribució per categories CIM-9 i la participació dels plans directores segons les dades de la despesa dels anys 2006 i 2007^{2,3}.

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

4. Resultats segons el pressupost del 2008

En primer lloc, s'obté una distribució del pressupost segons el tipus d'atenció sanitària i, a continuació, es desglossa la despesa de cada tipus d'atenció en les 17 categories CIM-9.

El punt de partida és el pressupost del CatSalut per al 2008 (taula 1).

Taula 1: Pressupost aprovat per al 2008 (consolidat del CatSalut/ICS)

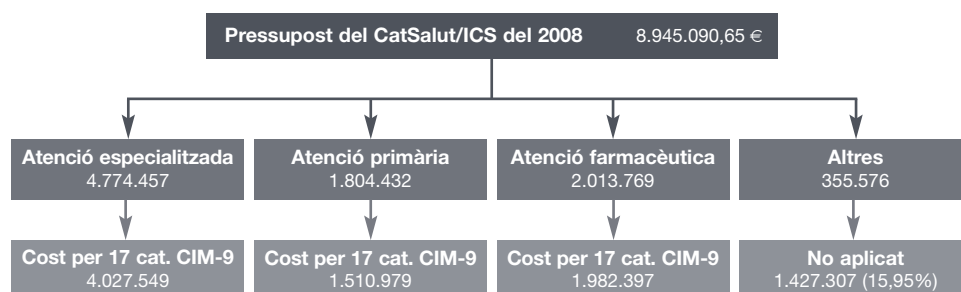
Dades generals	2008
Atenció hospitalària	4.056.180,52
Oxigenoteràpia	28.600,42
Rehabilitació	32.825,76
Transport sanitari i emergències mèdiques	251.402,48
Altres serveis d'atenció especialitzada	60.456,58
Salut mental	314.206,92
Farmàcia	1.698.880,14
Atenció sociosanitària	334.746,29
Recerca biomèdica	1.719,68
Equips d'atenció primària	1.368.014,75
Medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA)	314.888,50
Prestacions complementàries	42.050,33
Atenció d'insuficiències renals	87.262,18
Administració	127.394,67
Inversions	226.461,44
Total	8.945.090,65

Font: Gerència Econòmica i de Sistemes d'Informació del CatSalut.

4.1. Resultats globals o per nivells d'assistència

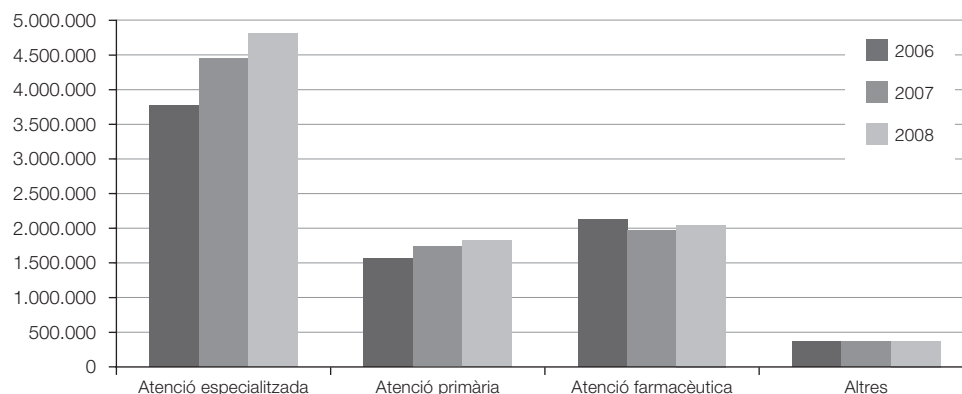
A la distribució del pressupost per tipus d'atenció podem veure que l'atenció hospitalària és la més important amb més del doble del pressupost respecte a l'atenció farmacèutica i la primària (figura 1). Aquestes dues tenen uns valors similars en la distribució.

Figura 1: Distribució del pressupost del 2008 segons el tipus d'atenció sanitària (x 1.000 euros)



Podem comparar les dades de la distribució per tipus d'atenció en què es poden veure diferències (figura 2). L'atenció primària (AP) es manté amb el 20% del total, l'atenció especialitzada (AE) augmenta un punt i se situa en el 53% mentre que l'atenció farmacèutica (AF) segueix representant el 23% del pressupost total.

Figura 2: Evolució de la distribució del pressupost del CatSalut/ICS (2006-2008) per tipus d'atenció (x 1.000 euros)



A la taula 2 es presenten les dades de medicació hospitalària de distribució ambulatoria. Es pot veure un increment en el període 2005-2007 de gairebé el 28%. Aquesta taula evidencia l'increment registrat en quasi tots els fàrmacs, tot i que amb diversa intensitat.

Taula 2: Distribució de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA) (2005-2007)

	Despesa any (x 1.000 euros)			Percentatge d'increment (2005-2007)
	2005	2006	2007	
Antiretrovirals	97.932	115.771	120.174	22,71
Eritropoetina	38.715	43.146	42.225	9,07
Interferó beta	23.344	25.342	27.085	16,03
Factors antihemofílics	13.670	14.240	16.088	17,68
Citostàtics	75.109	95.811	115.651	53,98
Factors estimulants de colònies	7.998	9.629	10.728	34,13
Immunoglobulines humanes inespecífiques	5.743	9.629	7.394	28,76
Hepatitis C	14.836	14.644	16.226	9,37
Immunosupressors selectius	25.898	37.907	51.242	97,86
Hormona del creixement	9.688	16.089	18.024	86,04
Altres	56.191	44.705	47.008	-16,34
Total	369.125	428.920	471.846	27,83

Font: Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del CatSalut.

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

5. Resultats segons la despesa del 2006 i el 2007

En primer lloc, s'obté una distribució de la **despesa real** corresponent al pressupost consolidat del CatSalut/ICS segons el tipus d'atenció sanitària i, a continuació, es desglossa la despesa de cada tipus d'atenció en les 17 categories CIM-9. El punt de partida és la despesa real del CatSalut/ICS per al 2006 i el 2007 (taula 1a).

Taula 1a: Pressupost aprovat per al 2008 (consolidat del CatSalut/ICS)

Dades generals (x 1.000 euros)	2006	2007
Atenció hospitalària	3.266.366,67	3.654.084,29
Oxigenoteràpia	23.723,57	24.089,64
Rehabilitació	20.382,79	25.911,03
Transport sanitari i emergències mèdiques	223.423,93	282.064,71
Altres serveis d'atenció especialitzada	40.295,71	39.269,10
Salut mental	239.670,43	277.553,32
Farmàcia	1.675.251,15	1.718.873,50
Atenció sociosanitària	253.819,74	289.089,50
Recerca biomèdica	1.988,98	1.930,20
Equips d'atenció primària	1.198.793,53	1.336.894,48
MHDA	442.725,03	486.171,68
Prestacions complementàries	43.000,73	41.365,79
Atenció d'insuficiències renals	78.162,27	87.171,66
Administració	96.027,85	101.671,46
Inversions	212.107,05	230.336,51
Total	7.815.739,42	8.596.476,87

Font: Gerència Econòmica i de Sistemes d'Informació del CatSalut.

Figura 1a: Distribució de la despesa del 2006 segons el tipus d'atenció sanitària (x 1.000 euros)

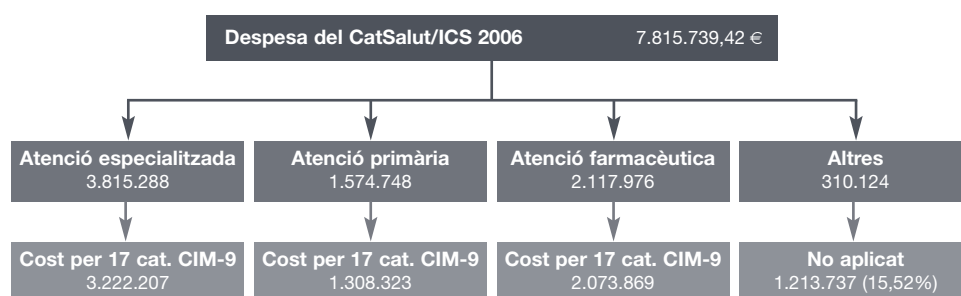


Figura 1b: Distribució de la despesa del 2007 segons el tipus d'atenció sanitària (x 1.000 euros)

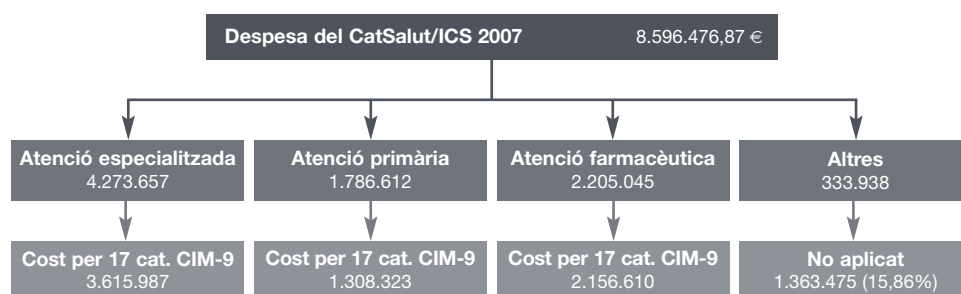
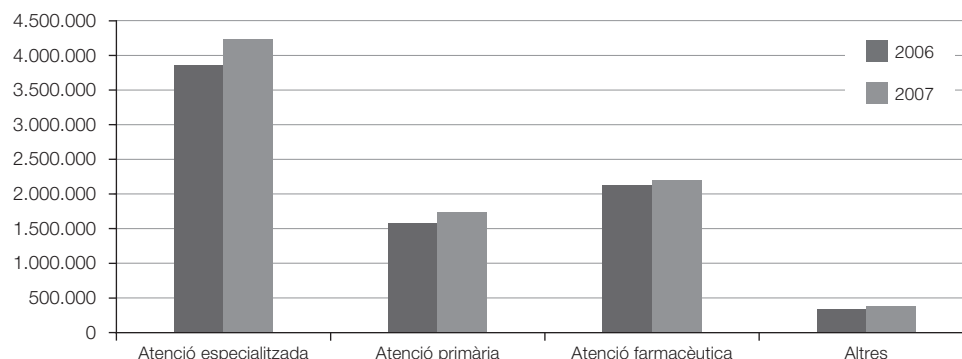


Figura 2a: Evolució de la distribució de la despesa del CatSalut/ICS (2006 i 2007) per tipus d'atenció (x 1.000 euros)



Les dades de la distribució de la despesa per tipus d'atenció no difereixen gaire de les pressupostades. Així, en tots dos casos l'atenció especialitzada representa el 50% del total, mentre que l'atenció primària és el 20% i la farmacèutica se situa al voltant del 25%.

6. Resultats per CIM-9 o per categories diagnòstiques (segons el pressupost del 2008)

Les malalties de l'aparell circulatori, amb el 15,1% del total del pressupost, són la primera causa de despesa prevista, seguides pels trastorns mentals i les neoplàsies. La primera causa de despesa a l'atenció primària (AP) són els trastorns mentals (representen el 18% de la despesa total en AP) mentre que la primera causa de despesa en atenció farmacèutica són les malalties de l'aparell circulatori, que representen el 20% de la despesa total en aquest camp.

Taula 3: Resum de distribució del pressupost per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros)

2008	CIM-9	AE	AP	AF	Total	Percentatge d'AE	Percentatge d'AP	Percentatge d'AF	Total (%)
I	Malalties infeccioses i parasitàries	48.462	51.817	108.603	208.882	1%	3%	5%	3%
II	Neoplàsies	488.882	17.745	255.409	762.036	12%	1%	13%	10,1%
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	77.753	169.351	98.444	345.548	2%	11%	5%	4,6%
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	75.578	16.478	16.885	108.941	2%	1%	1%	1,4%
V	Trastorns mentals	249.750	269.658	249.814	769.222	6%	18%	13%	10,2%
VI	Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	408.828	114.589	127.841	651.258	10%	8%	6%	8,7%
VII	Malalties de l'aparell circulatori	556.396	183.153	393.416	1.132.965	14%	12%	20%	15,1%
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	351.402	176.849	167.270	695.521	9%	12%	8%	9,3%
IX	Malalties d'aparell digestiu	355.528	84.183	99.006	538.717	9%	6%	5%	7,2%
X	Malalties de l'aparell genitourinari	343.523	69.194	102.777	515.494	9%	5%	5%	6,9%
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	180.024	4.604	24.554	209.182	4%	0%	1%	2,8%
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	58.402	43.592	23.789	125.783	1%	3%	1%	1,7%
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	211.172	120.380	90.180	421.732	5%	8%	5%	5,6%
XIV	Malalties congènites	21.072	2.353	3.256	26.681	1%	0%	0%	0,4%
XV	Afeccions originades en el període perinatal	85.842	333	460	86.635	2%	0%	0%	1,2%
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	80.699	108.001	121.348	310.048	2%	7%	6%	4,1%
XVII	Lesions i intoxicacions	434.235	78.698	99.346	612.279	11%	5%	5%	8,1%
Total		4.027.549	1.510.978	1.982.397	7.520.925	100%	100%	100%	100,0%

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

A la taula 4 podem veure el pes de cada tipus d'atenció sobre la categoria de malaltia. Les distribucions són molt variables per a cada malaltia. L'atenció especialitzada (AE) és sempre superior a les altres, excepte en les malalties endocrines, els trastorns mentals i les malalties infeccioses i els símptomes, signes i afeccions mal definits.

Taula 4: Distribució (%) de cada grup CIM-9 per tipus d'atenció. 2008

	AE	AP	AF
I Malalties infeccioses	23,2%	24,8%	52,0%
II Neoplàsies	64,2%	2,3%	33,5%
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	22,5%	49,0%	28,5%
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	69,4%	15,1%	15,5%
V Trastorns mentals	32,5%	35,1%	32,6%
VI Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	62,8%	17,6%	19,6%
VII Malalties de l'aparell circulatori	49,1%	16,2%	34,7%
VIII Malalties de l'aparell respiratori	50,5%	25,4%	24,0%
IX Malalties de l'aparell digestiu	66,0%	15,6%	18,4%
X Malalties de l'aparell genitourinari	66,6%	13,4%	19,9%
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	86,1%	2,2%	11,7%
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	46,4%	34,7%	18,9%
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	50,1%	28,5%	21,4%
XIV Malalties congènites	79,0%	8,8%	12,2%
XV Afeccions originades en el període perinatal	99,1%	0,4%	0,5%
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	26,0%	34,8%	39,1%
XVII Lesions i intoxicacions	70,9%	12,9%	16,2%
Total	53,6%	20,1%	26,4%

A les taules 5, 6 i 7 presentem amb detall la distribució per cada grup de malaltia CIM-9 i per tipus d'atenció. D'aquesta manera, podem veure la diversitat de pesos dels tipus d'atenció en cada grup de patologia.

Taula 5: Detall de distribució per Categories CIM-9-MC (x 1.000 euros)

Atenció Especialitzada

2008	AH	Socio San.	Ins. Renal	S.Mental	Oxigen	Rehabil.	Total
I Malalties infeccioses i parasitàries	43.776	4.686					48.462
II Neoplàsies	413.576	75.306					488.882
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	72.163	5.590					77.753
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	74.187	1.392					75.578
V Trastorns mentals	42.002	33.363		174.385			249.750
VI Malalties de l'aparell nerviós	379.055	29.773					408.828
VII Malalties de l'aparell circulatori	495.858	57.256				3.283	556.396
VIII Malalties de l'aparell respiratori	296.798	26.004			28.600		351.402
IX Malalties de l'aparell digestiu	345.556	9.972					355.528
X Malalties de l'aparell genitourinari	249.349	6.912	87.262				343.523
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	180.024						180.024
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	52.896	5.507					58.402
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	175.964	22.077				13.130	211.172
XIV Malalties congènites	20.574	498					21.072
XV Afeccions originades en el període perinatal	85.842						85.842
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	71.432	9.267					80.699
XVII Lesions i intoxicacions	370.677	47.145				16.413	434.235
Total	3.369.730	334.746	87.262	174.385	28.600	32.826	4.027.549

Taula 6

2008

Atenció Primària

	AP	S.Mental	Total
I Malalties infeccioses i parasitàries	51.817		51.817
II Neoplàsies	17.745		17.745
II Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	169.351		169.351
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	16.478		16.478
V Trastorns mentals	126.694	142.964	269.658
VI Malalties de l'aparell nerviós	114.589		114.589
VII Malalties de l'aparell circulatori	183.153		183.153
VIII Malalties de l'aparell respiratori	176.849		176.849
IX Malalties de l'aparell digestiu	84.183		84.183
X Malalties de l'aparell genitourinari	69.194		69.194
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	4.604		4.604
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	43.592		43.592
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	120.380		120.380
XIV Malalties congènites	2.353		2.353
XV Afeccions originades en el període perinatal	333		333
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	108.001		108.001
XVII Lesions i intoxicacions	78.698		78.698
Total	1.368.014	142.964	1.510.978

Taula 7

2008

Atenció farmacèutica

	AF	MHDA	Total
I Malalties infeccioses i parasitàries	12.641	95.962	108.603
II Neoplàsies	136.873	118.536	255.409
II Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	86.416	12.028	98.444
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	6.149	10.736	16.885
V Trastorns mentals	249.814		249.814
VI Malalties de l'aparell nerviós	109.765	18.076	127.841
VII Malalties de l'aparell circulatori	393.416		393.416
VIII Malalties de l'aparell respiratori	167.270		167.270
IX Malalties de l'aparell digestiu	99.006		99.006
X Malalties de l'aparell genitourinari	74.598	28.179	102.777
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	24.554		24.554
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	23.789		23.789
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	90.180		90.180
XIV Malalties congènites	3.256		3.256
XV Afeccions originades en el període perinatal	460		460
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	121.348		121.348
XVII Lesions i intoxicacions	99.346		99.346
Total	1.698.880	283.517	1.982.397

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

7. Resultats per plans directors (segons el pressupost del 2008)

El darrer pas en aquest exercici és la distribució del pressupost dins de cada pla director a partir de les diferents categories CIM-9.

A la taula 8 es recullen els resultats pel Pla director d'oncologia. L'atenció hospitalària representa més del 50% del pressupost destinat a oncologia mentre que l'atenció farmacèutica és gairebé el 20%. La major part del cost de l'atenció hospitalària correspon a les estades i la Cirurgia Major Ambulatòria (CMA).

Taula 8

Oncologia (cat. II CIM-9)

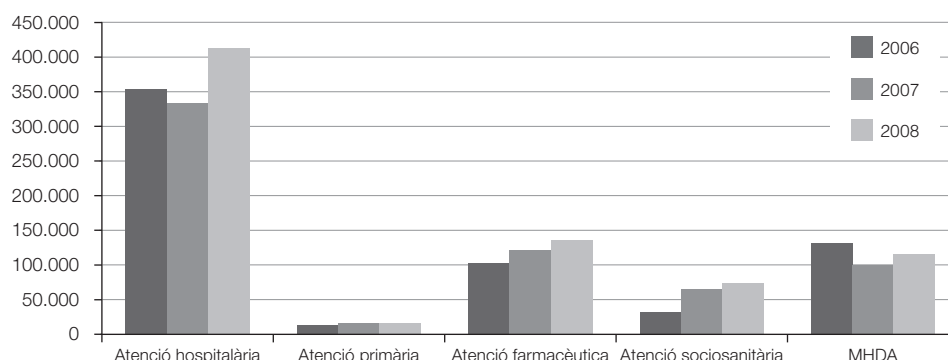
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	413.576			413.576	54,3%
Atenció sociosanitària	75.306			75.306	9,9%
Equip d'atenció primària (EAP)		17.745		17.745	2,3%
Farmàcia			136.873	136.873	18,0%
MHDA			118.536	118.536	15,6%
Total	488.882	17.745	255.409	762.036	100,0%

Distribució cost AH

	Total (x1000€)	Total (%)
Estades i CMA	248.271	60,0%
Consultes externes (CE)	39.748	9,6%
Urgències	13.284	3,2%
Hospitals de dia	78.481	19,0%
Tècniques, tractaments i procediments específics (TTPE)	33.793	8,2%
Total AH	413.576	100,0%

En comparació de les dades del 2006 i el 2007 (figura 3), podem apreciar una pujada del pressupost en totes les categories del Pla.

Figura 3: Evolució de la distribució del pressupost del Pla director d'oncologia per tipus d'atenció (x 1.000 euros)



A la taula 9 es poden veure els resultats pel Pla director de les malalties de l'aparell circulatori. Tot i l'alt cost de l'atenció farmacèutica en aquest grup de malalties, continua estant lluny dels valors de l'atenció hospitalària. També en aquest cas la major part del cost de l'atenció hospitalària va destinada a les estades.

Taula 9

Malalties de l'aparell circulatori (cat. VII CIM-9)

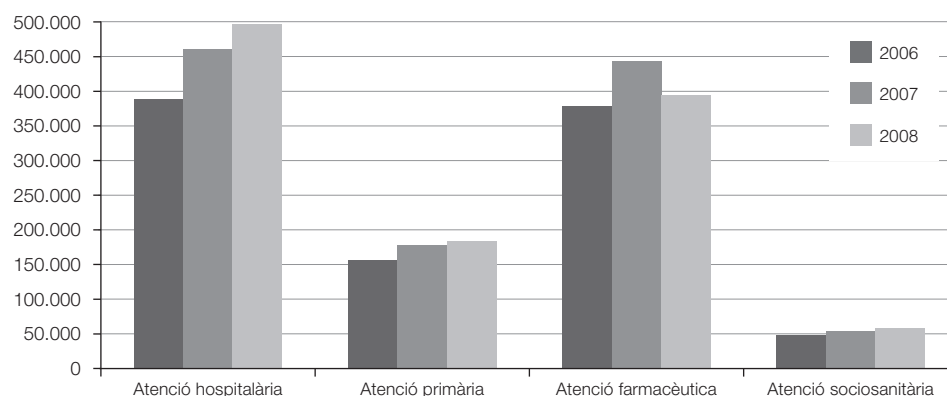
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	495.858			495.858	43,9%
Atenció sociosanitària	57.256			57.256	5,1%
EAP		183.153		183.153	16,2%
Farmàcia			393.416	393.416	34,8%
Total	553.114	183.153	393.416	1.129.682	100,0%

Distribució del cost de l'atenció hospitalària

	Total (x1000€)	Total (%)
Estades i CMA	345.125	69,6%
CE	40.170	8,1%
Urgències	19.803	4,0%
Hospitals de dia	6.706	1,4%
TTPE	84.056	17,0%
Total de l'AH	495.858	100,0%

En la comparació amb les dades del 2006 i el 2007 (figura 4), podem veure que hi ha un increment en l'atenció hospitalària i la primària, però es redueix l'atenció farmacèutica.

Figura 4: Evolució de la distribució del pressupost del Pla director de malalties de l'aparell circulatori per tipus d'atenció (x 1.000 euros)



A la taula 10 es presenten els resultats per al Pla director de salut mental. L'atenció hospitalària en aquest pla no és una partida important. L'atenció farmacèutica és la part més gran del pressupost i representa gairebé un terç del pressupost total en salut mental (SM). L'atenció primària i l'especialitzada tenen un pes molt important en aquest pla.

Taula 10

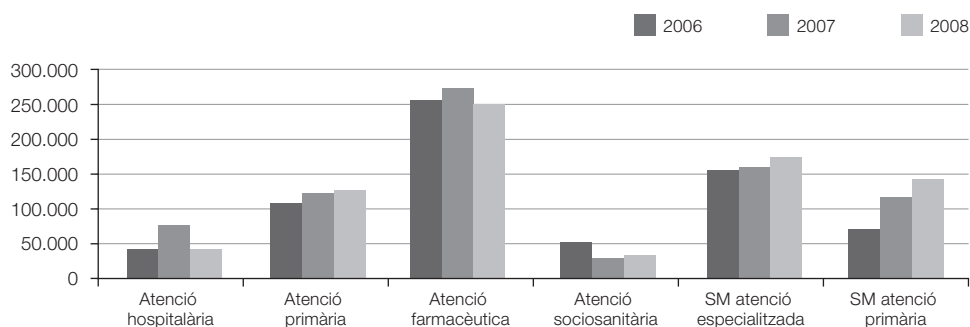
Salut mental (cat. V CIM-9)

Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	42.002			42.002	5,5%
Atenció sociosanitària	33.363			33.363	4,4%
Salut mental, AE	174.385			174.385	22,7%
EAP		126.694		126.694	16,5%
Salut mental, AP		142.964		142.964	18,6%
Farmàcia			249.814	249.814	32,5%
Total	249.750	269.658	249.814	769.222	100,0%

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

Si observem l'evolució a la figura 5, podem veure que el pes de l'atenció hospitalària s'ha reduït i torna a nivells del 2006, i representa ara un 5,5% del pressupost, mentre que l'any passat era gairebé el 10%. El pes de l'atenció especialitzada augmenta considerablement (ara és el 22,7% del total) i, tot i la reducció, l'atenció farmacèutica segueix sent la que té més pes, amb el 32,5% del total.

Figura 5: Evolució de la distribució del pressupost del Pla director de salut mental per tipus d'atenció (x 1.000 euros)



A la taula 11 es poden veure els resultats per a la salut maternoinfantil. Aquest grup té una partida majoritària en l'atenció hospitalària.

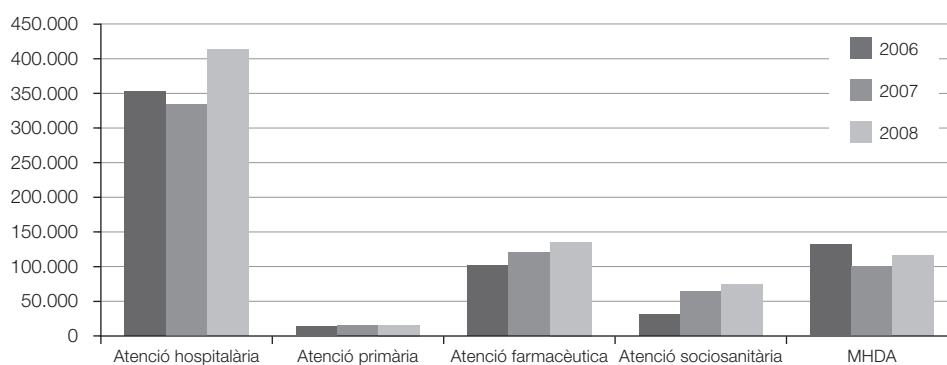
Taula 11

Salut maternoinfantil (cat. XI i XV CIM-9)

Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	265.866			265.866	89,9%
Atenció sociosanitària					
EAP		4.937		4.937	1,7%
Farmàcia			25.014	25.014	8,5%
Total	265.866	4.937	25.014	295.817	100,0%

A l'evolució de la figura 6, s'observa que es manté la gran importància de l'atenció hospitalària (el 89,9% del total del 2008) i se segueix reduint lleugerament la part d'atenció farmacèutica, del 13,1% del 2006 al 8,5% del 2008.

Figura 6: Evolució de la distribució del pressupost de salut maternoinfantil per tipus d'atenció (x 1.000 euros)



El percentatge de l'atenció hospitalària és lògic. El fet que els parts siguin dins l'hospital són la causa de gairebé tota la despesa.

8. Conclusions

Aquest estudi dóna continuïtat i fa més dinàmic l'examen econòmic elaborat a partir del pressupost del CatSalut. Amb aquest primer pas s'instal·la una metodologia (aplicació informàtica) que automatitza la valoració econòmica dels plans directors i fa possible la comparació en el temps.

- El pressupost del CatSalut s'incrementa i els plans directors mantenen gairebé iguals els seus pressupostos, amb només lleugers canvis.
- La distribució de la despesa per tipus d'atenció és gairebé igual a la del pressupost.
- Les malalties més importants en mortalitat i morbiditat tenen una distribució de pressupost més elevada.
- Les malalties de l'aparell circulatori són les que tenen un pes més elevat en el pressupost, sobretot en l'àmbit d'atenció especialitzada (AE) i en farmàcia (AF).
- A l'atenció primària, per la seva banda, hi destaquen els trastorns mentals.
- La farmàcia manté el seu pes en els plans directors de salut mental i de malalties de l'aparell circulatori, tot i disminuir lleugerament el percentatge que representa sobre el pressupost total del pla.
- Als plans directors d'oncologia i de malalties de l'aparell circulatori, la partida més important correspon a l'atenció hospitalària.
- En canvi, el Pla director de salut mental reparteix el pressupost entre l'atenció primària, l'especialitzada i la farmacèutica.
- La salut maternoinfantil té gairebé la totalitat del pressupost destinat a l'atenció hospitalària.

Caldrà anar estudiant la tendència de la distribució del pressupost en un període de quatre o cinc anys amb l'aplicació en funcionament. D'aquesta manera, podrem valorar l'impacte de les línies de planificació.

És evident que cal més informació -sobretot referent a les urgències- i, encara que s'ha millorat amb la reforma de l'atenció especialitzada (RAE), la de les consultes externes i l'atenció especialitzada, cal incorporar millores. Seria interessant millorar el coneixement dels processos socio-sanitaris i l'atenció a la salut mental.

9. Acrònims

AE	Atenció especialitzada
AF	Atenció farmacèutica
AH	Atenció hospitalària
AP	Atenció primària
CAP	Centre d'atenció primària
CE	Consultes externes
CIM-9-MC	Classificació internacional de malalties, 9a revisió. Modificació clínica
CMA	Cirurgia major ambulatoria
EAP	Equip d'atenció primària
MHDA	Medicació hospitalària de dispensació ambulatoria
RAE	Reforma de l'atenció especialitzada
TTPE	Tècniques, tractaments i procediment específics

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

10. Annex: resultats d'anys anteriors

Figura 1: Distribució del pressupost del 2006 segons el tipus d'atenció sanitària (x 1.000 euros)

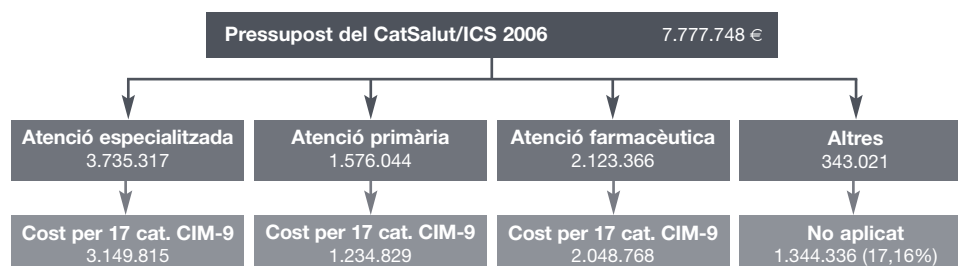
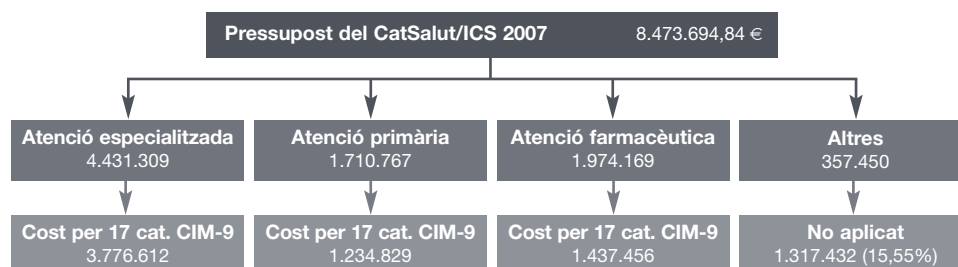


Figura 2: Distribució del pressupost del 2007 segons el tipus d'atenció sanitària (x 1.000 euros)



10.1. Resultats per CIM-9 o per categories diagnòstiques segons el pressupost (2006 i 2007)

Taula 1: Resum de distribució del pressupost per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Any 2006

2006	CIM-9	AE	AP	AF	Total	Percentatge d'AE	Percentatge d'AP	Percentatge d'AF	Total (%)
I	Malalties infeccioses i parasitàries	43.878	44.065	169.671	257.613	1%	4%	8%	4%
II	Neoplàsies	388.225	15.075	237.976	641.276	12%	1%	12%	10%
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	48.283	144.010	114.283	306.575	2%	12%	6%	5%
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	45.866	14.058	79.212	139.136	1%	1%	4%	2%
V	Trastorns mentals	247.834	178.544	255.903	682.281	8%	14%	12%	11%
VI	Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	329.924	97.361	141.834	569.118	10%	8%	7%	9%
VII	Malalties de l'aparell circulatori	435.408	155.692	377.456	968.556	14%	13%	18%	15%
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	231.107	150.302	170.920	552.329	7%	12%	8%	9%
IX	Malalties d'aparell digestiu	240.001	71.970	101.482	413.453	8%	6%	5%	6%
X	Malalties de l'aparell genitourinari	289.260	58.949	91.234	439.442	9%	5%	4%	7%
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	180.475	3.915	37.492	221.883	6%	0%	2%	3%
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	42.472	37.051	26.409	105.932	1%	3%	1%	2%
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	156.054	102.589	96.142	354.785	5%	8%	5%	6%
XIV	Malalties congènites	17.612	1.998	1.499	21.109	1%	0%	0%	0%
XV	Afeccions originades en el període perinatal	68.986	282	666	69.935	2%	0%	0%	1%
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	70.585	91.908	88.286	250.779	2%	7%	4%	4%
XVII	Lesions i intoxicacions	313.846	67.060	58.302	439.208	10%	5%	3%	7%
Total		3.149.815	1.234.829	2.048.768	6.433.412	100%	100%	100%	100%

Taula 2: Resum de distribució del pressupost per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Any 2007

2007		AE	AP	AF	Total	Percentatge d'AE	Percentatge d'AP	Percentatge d'AF	Total (%)
I	Malalties infeccioses i parasitàries	58.989	50.084	118.960	228.034	2	3	6	3%
II	Neoplàsies	399.838	16.998	224.008	640.844	11	1	12	9,0%
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	82.257	164.208	100.156	346.621	2	11	5	4,8%
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	73.545	16.350	16.743	106.638	2	1	1	1,5%
V	Trastorns mentals	263.959	237.273	271.939	773.171	7	17	14	10,8%
VI	Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	303.500	109.954	82.334	495.789	8	8	4	6,9%
VII	Malalties de l'aparell circulatori	514.589	176.688	442.661	1.133.938	14	12	23	15,8%
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	364.334	169.712	171.738	705.784	10	12	9	9,9%
IX	Malalties d'aparell digestiu	348.140	82.378	27.606	458.124	9	6	1	6,4%
X	Malalties de l'aparell genitourinari	323.452	67.369	113.376	504.197	9	5	6	7,0%
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	198.051	4.452	28.557	231.060	5	0	1	3,2%
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	61.854	41.941	25.771	129.566	2	3	1	1,8%
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	183.052	116.366	97.905	397.323	5	8	5	5,6%
XIV	Malalties congènites	15.984	2.252	3.199	21.435	0	0	0	0,3%
XV	Afeccions originades en el període perinatal	72.055	318	452	72.825	2	0	0	1,0%
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	74.370	105.121	119.203	298.694	2	7	6	4,2%
XVII	Lesions i intoxicacions	438.642	75.989	97.589	612.220	12	5	5	8,6%
Total		3.776.612	1.437.455	1.942.196	7.156.263	100	100	100	100,0%

Taula 3: Distribució (%) de cada grup CIM-9 per tipus d'atenció 2006.

	AE	AP	AF
I Malalties infeccioses i parasitàries	17,0%	17,1%	65,9%
II Neoplàsies	60,5%	2,4%	37,1%
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	15,7%	47,0%	37,3%
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	33,0%	10,1%	56,9%
V Trastorns mentals	36,3%	26,2%	37,5%
VI Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	58,0%	17,1%	24,9%
VII Malalties de l'aparell circulatori	45,0%	16,1%	39,0%
VIII Malalties de l'aparell respiratori	41,8%	27,2%	30,9%
IX Malalties de l'aparell digestiu	58,0%	17,4%	24,5%
X Malalties de l'aparell genitourinari	65,8%	13,4%	20,8%
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	81,3%	1,8%	16,9%
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	40,1%	35,0%	24,9%
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	44,0%	28,9%	27,1%
XIV Malalties congènites	83,4%	9,5%	7,1%
XV Afeccions originades en el període perinatal	98,6%	0,4%	1,0%
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	28,1%	36,6%	35,2%
XVII Lesions i Emmetzinaments	71,5%	15,3%	13,3%
Total	49,0%	19,2%	31,8%

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

Taula 4: Distribució (%) de cada grup CIM-9 per tipus d'atenció 2007.

	AE	AP	AF
I Malalties infeccioses i parasitàries	25,9%	22,0%	52,2%
II Neoplasies	62,4%	2,7%	35,0%
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	23,7%	47,4%	28,9%
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	69,0%	15,3%	15,7%
V Trastorns mentals	34,1%	30,7%	35,2%
VI Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	61,2%	22,2%	16,6%
VII Malalties de l'aparell circulatori	45,4%	15,6%	39,0%
VIII Malalties de l'aparell respiratori	51,6%	24,0%	24,3%
IX Malalties de l'aparell digestiu	76,0%	18,0%	6,0%
X Malalties de l'aparell geniturinari	64,2%	13,4%	22,5%
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	85,7%	1,9%	12,4%
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	47,7%	32,4%	19,9%
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	46,1%	29,3%	24,6%
XIV Malalties congènites	74,6%	10,5%	14,9%
XV Afeccions originades en el període perinatal	98,9%	0,4%	0,6%
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	24,9%	35,2%	39,9%
XVII Lesions i Emmetzinaments	71,6%	12,4%	15,9%
Total	52,8%	20,1%	27,1%

Taula 5: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció especialitzada. Any 2006*.

	Atenció Especialitzada				Total
	AH	At. sociosan.	Ins. Renal	S.Mental	
I Malalties infeccioses i parasitàries	41.558	2.320			43.878
II Neoplàsies	354.521	33.703			388.225
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	45.292	2.991			48.283
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	45.094	772			45.866
V Trastorns mentals	41.343	51.808		154.683	247.834
VI Malalties de l'aparell nerviós	315.967	13.957			329.924
VII Malalties de l'aparell circulatori	387.452	47.956			435.408
VIII Malalties de l'aparell respiratori	217.980	13.127			231.107
IX Malalties de l'aparell digestiu	234.781	5.220			240.001
X Malalties de l'aparell geniturinari	206.875	3.605	78.780		289.260
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	180.461	14			180.475
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	34.588	7.884			42.472
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	145.362	10.692			156.054
XIV Malalties congènites	17.423	189			17.612
XV Afeccions originades en el període perinatal	68.969	17			68.986
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	55.940	14.644			70.585
XVII Lesions i intoxicacions	282.222	31.624			313.846
Total	2.675.828	240.524	78.780	154.683	3.149.815

* Aquest model no distribueix les partides "oxigenoteràpia" i "rehabilitació".

Taula 6: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció especialitzada. Any 2007

	Atenció Especialitzada						
	AH sociosan.	At. Renal	Ins.	S.Mental	Oxigen.	Rehabil.	Total
I Malalties infeccioses i parasitàries	55.024	3.966					58.989
II Neoplàsies	335.169	64.668					399.838
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	77.071	5.186					82.257
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	72.325	1.220					73.545
V Trastorns mentals	75.962	28.979		159.019			263.959
VI Malalties de l'aparell nerviós	278.792	24.708					303.500
VII Malalties de l'aparell circulatori	459.234	52.162				3.193	514.589
VIII Malalties de l'aparell respiratori	316.380	20.133			27.821		364.334
IX Malalties de l'aparell digestiu	338.989	9.151					348.140
X Malalties de l'aparell genitourinari	232.466	6.101	84.885				323.452
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	198.051						198.051
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	56.364	5.491					61.854
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	150.452	19.828				12.773	183.052
XIV Malalties congènites	15.679	305					15.984
XV Afeccions originades en el període perinatal	72.055						72.055
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	67.049	7.321					74.370
XVII Lesions i intoxicacions	379.055	43.621				15.966	438.642
Total	3.180.117	292.838	84.885	159.019	27.821	31.932	3.776.612

Taula 7: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció primària. Any 2006

	Atenció primària		
	AP	S. mental	Total
I Malalties infeccioses i parasitàries	44.065		44.065
II Neoplàsies	15.075		15.075
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	144.010		144.010
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	14.058		14.058
V Trastorns mentals	107.647	7.089	178.544
VI Malalties de l'aparell nerviós	97.361		97.361
VII Malalties de l'aparell circulatori	155.692		155.692
VIII Malalties de l'aparell respiratori	150.302		150.302
IX Malalties de l'aparell digestiu	71.970		71.970
X Malalties de l'aparell genitourinari	58.949		58.949
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	3.915		3.915
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	37.051		37.051
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	102.589		102.589
XIV Malalties congènites	1.998		1.998
XV Afeccions originades en el període perinatal	282		282
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	91.908		91.908
XVII Lesions i intoxicacions	67.060		67.060
Total	1.163.932	70.897	1.234.829

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

Taula 8: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció primària. Any 2007

		Atenció primària		
		AP	S. mental	Total
I	Malalties infeccioses i parasitàries	50.084		50.084
II	Neoplàsies	16.998		16.998
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	164.208		164.208
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	16.350		16.350
V	Trastorns mentals	121.648	115.625	237.273
VI	Malalties de l'aparell nerviós	109.954		109.954
VII	Malalties de l'aparell circulatori	176.688		176.688
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	169.712		169.712
IX	Malalties de l'aparell digestiu	82.378		82.378
X	Malalties de l'aparell genitourinari	67.369		67.369
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	4.452		4.452
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	41.941		41.941
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	116.366		116.366
XIV	Malalties congènites	2.252		2.252
XV	Afeccions originades en el període perinatal	318		318
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	105.121		105.121
XVII	Lesions i intoxicacions	75.989		75.989
Total		1.321.830	115.625	1.437.455

Taula 9: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció farmacèutica. Any 2006

		Atenció farmacèutica		
		AF	MHDA	Total
I	Malalties infeccioses i parasitàries	24.629	14.504	169.671
II	Neoplàsies	104.570	133.406	237.976
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	102.426	11.857	114.283
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	62.482	16.730	79.212
V	Trastorns mentals	255.903		255.903
VI	Malalties de l'aparell nerviós	113.264	28.570	141.834
VII	Malalties de l'aparell circulatori	377.456		377.456
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	170.920		170.920
IX	Malalties de l'aparell digestiu	101.482		101.482
X	Malalties de l'aparell genitourinari	43.852	47.382	91.234
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	37.492		37.492
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	26.409		26.409
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	96.142		96.142
XIV	Malalties congènites	1.499		1.499
XV	Afeccions originades en el període perinatal	666		666
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	88.286		88.286
XVII	Lesions i intoxicacions	58.302		58.302
Total		1.665.781	382.987	2.048.768

Taula 10: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció farmacèutica. Any 2007

		Atenció farmacèutica		
		AF	MHDA	Total
I	Malalties infeccioses i parasitàries	18.801	100.160	118.960
II	Neoplàsies	121.486	102.522	224.008
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	88.649	11.507	100.156
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	6.559	10.184	16.743
V	Trastorns mentals	271.939		271.939
VI	Malalties de l'aparell nerviós	64.210	18.125	82.334
VII	Malalties de l'aparell circulatori	442.661		442.661
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	171.738		171.738
IX	Malalties de l'aparell digestiu	27.606		27.606
X	Malalties de l'aparell genitourinari	82.518	30.858	113.376
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	28.557		28.557
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	25.771		25.771
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	97.905		97.905
XIV	Malalties congènites	3.199		3.199
XV	Afeccions originades en el període perinatal	452		452
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	119.203		119.203
XVII	Lesions i intoxicacions	97.589		97.589
Total		1.668.841	273.355	1.942.196

10.2. Resultats per als Plans directors segons pressupost (2006 i 2007)

Pla director d'oncologia

Taula 11: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2006.

Línia de servei	Oncologia (cat. II CIM-9)			Total (x1000€)	Total (%)
	AE	AP	AF		
Atenció hospitalària	354.521			354.521	55,3%
Atenció sociosanitària	33.703			33.703	5,3%
EAP		15.075		15.075	2,4%
Farmàcia			104.570	104.570	16,2%
MHDA			133.406	133.406	20,8%
Total	388.225	15.075	237.406	641.276	100%

Distribució del cost de l'atenció hospitalària

Línia de servei	Total (x1000€)	Total (%)
Estades i CMA	200.830	56,6
CE	63.345	17,8
Urgències	11.096	3,1
Hospitals de dia	54.432	15,4
TTPE	24.817	7,1
Total AH	354.521	100

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

Taula 12: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2007

Oncologia (cat. II CIM-9)

Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	335.169			335.169	52,3%
Atenció sociosanitària	64.668			64.668	10,1%
EAP		16.998		16.998	2,7%
Farmàcia			121.486	121.486	19,0%
MHDA			102.522	102.522	16,0%
Total	399.838	16.998	224.008	640.844	100,0%

Distribució del cost de l'atenció hospitalària

Línia de servei	Total (x1000€)	Total (%)
Estades i CMA	233.451	69,7%
CE	38.144	11,4%
Urgències	12.265	3,7%
Hospitals de dia	19.837	5,9%
TTPE	31.473	9,4%
Total AH	335.169	100,0%

Pla director de malalties de l'aparell circulatori

Taula 13: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2006

Malalties de l'aparell circulatori (cat. VII CIM-9)

Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	387.452			387.452	40,0%
Atenció sociosanitària	47.956			47.956	4,9%
EAP		155.692		155.692	16,1%
Farmàcia			377.456	377.456	39,0%
Rehabilitació					
Total	435.408	155.692	377.456	968.556	100%

Distribució del cost de l'atenció hospitalària

Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Estades i CMA				270.443	69,8%
CE				39.387	10,2%
Urgències				16.542	4,3%
Hospitals de dia				3.711	0,9%
TTPE				57.369	14,8%
Total de l'AH				387.452	100%

Taula 14: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2007

Malalties de l'aparell circulatori (cat. VII CIM-9)					
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	459.234			459.234	40,5%
Atenció sociosanitària	52.162			52.162	4,6%
EAP		176.688		176.688	15,6%
Farmàcia			442.661	442.661	39,0%
Rehabilitació				3.193	0,3%
Total	511.396	176.688	442.661	1.133.938	100,0%

Distribució del cost de l'atenció hospitalària

Línia de servei	Total (x1000€)	Total (%)
Estades i CMA	304.895	66,4%
CE	38.549	8,4%
Urgències	18.283	4,0%
Hospitals de dia	15.604	3,4%
TTPE	81.903	17,8%
Total de l'AH	459.234	100,0%

Pla director de salut mental

Taula 15: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2006

Salut mental (cat. V CIM-9)					
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	41.343			41.343	6,1%
Atenció sociosanitària	51.808			51.808	7,6%
Salut mental, AE	154.683			154.683	22,6%
EAP	107.647			107.647	15,8%
Salut mental, AP	70.897			70.897	10,4%
Farmàcia	255.903			255.903	37,5%
Total	247.834	178.544	255.903	682.281	100%

Taula 16: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2007

Salut mental (cat. V CIM-9)					
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	75.962			75.962	9,8%
Atenció sociosanitària	28.979			28.979	3,7%
Salut mental, AE	159.019			159.019	20,6%
EAP		121.648		121.648	15,7%
Salut mental, AP		115.625		115.625	15,0%
Farmàcia			271.939	271.939	35,2%
Total	263.959	237.273	271.939	773.171	100,0%

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

Salut maternoinfantil

Taula 17: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2006

Salut maternoinfantil (cat. XI i XV CIM-9)

Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	249.430			249.430	85,5%
Atenció sociosanitària	31			31	0%
EAP	4.198			4.198	1,4%
Farmàcia	38.159			38.159	13,1%
Total	249.461	4.198	38.159	291.818	100%

Taula 18: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2007

Salut mental (cat. V CIM-9)

Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	270.106			270.106	88,9%
Atenció sociosanitària					
EAP		4.770		4.770	1,6%
Farmàcia			29.009	29.009	9,5%
Total	270.106	4.770	29.009	303.885	100,0%

10.3. Resultats per CIM-9 o per categories diagnòstiques segons la despesa (2006 i 2007)

Taula 19: Resum de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Any 2006

2008	CIM-9	AE	AP	AF	Total	Percentatge d'AE	Percentatge d'AP	Percentatge d'AF	Total (%)
I	Malalties infeccioses i parasitàries	38.805	45.407	147.385	231.597	1%	3%	7%	4%
II	Neoplàsies	390.145	15.550	301.628	707.324	12%	1%	15%	11%
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	62.350	148.402	102.125	312.877	2%	11%	5%	5%
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	60.796	14.440	21.158	96.394	2%	1%	1%	1%
V	Trastorns mentals	191.659	220.551	246.340	658.550	6%	17%	12%	10%
VI	Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	327.821	100.415	133.652	561.888	10%	8%	6%	9%
VII	Malalties de l'aparell circulatori	444.757	160.497	387.944	993.198	14%	12%	19%	15%
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	282.446	154.973	164.944	602.363	9%	12%	8%	9%
IX	Malalties d'aparell digestiu	285.831	73.770	97.629	457.230	9%	6%	5%	7%
X	Malalties de l'aparell genitourinari	284.199	60.635	113.179	458.014	9%	5%	5%	7%
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	144.970	4.035	24.212	173.217	4%	0%	1%	3%
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	46.771	38.200	23.458	108.429	1%	3%	1%	2%
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	166.594	105.489	88.926	361.009	5%	8%	4%	5%
XIV	Malalties congènites	16.945	2.062	3.211	22.218	1%	0%	0%	0%
XV	Afeccions originades en el període perinatal	69.127	291	454	69.873	2%	0%	0%	1%
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	64.549	94.641	119.660	278.851	2%	7%	6%	4%
XVII	Lesions i intoxicacions	344.438	68.963	97.964	511.365	11%	5%	5%	8%
	Total	3.222.207	1.308.322	2.073.869	6.604.398	100%	100%	100%	100%

Taula 20: Resum de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Any 2007

2008		AE	AP	AF	Total	Percentatge d'AE	Percentatge d'AP	Percentatge d'AF	Total (%)
I	Malalties infeccioses i parasitàries	43.483	50.638	160.950	255.071	1%	3%	7%	4%
II	Neoplàsies	437.612	17.342	321.497	776.451	12%	1%	15%	11%
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	69.837	165.498	106.004	341.339	2%	11%	5%	5%
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	68.034	16.104	22.797	106.935	2%	1%	1%	1%
V	Trastorns mentals	220.693	250.098	252.754	723.546	6%	17%	12%	10%
VI	Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	367.191	111.983	138.965	618.138	10%	8%	6%	9%
VII	Malalties de l'aparell circulatori	498.740	178.987	398.045	1.075.772	14%	12%	18%	15%
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	313.922	172.826	169.239	655.987	9%	12%	8%	9%
IX	Malalties d'aparell digestiu	319.913	82.268	100.171	502.352	9%	6%	5%	7%
X	Malalties de l'aparell genitourinari	317.772	67.620	118.983	504.375	9%	5%	6%	7%
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	162.178	4.499	24.843	191.520	4%	0%	1%	3%
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	52.408	42.600	24.069	119.077	1%	3%	1%	2%
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	187.951	117.642	91.241	396.834	5%	8%	4%	5%
XIV	Malalties congènites	18.965	2.299	3.295	24.558	1%	0%	0%	0%
XV	Afeccions originades en el període perinatal	77.333	325	466	78.123	2%	0%	0%	1%
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	72.354	105.544	122.776	300.674	2%	7%	6%	4%
XVII	Lesions i intoxicacions	387.602	76.907	100.515	565.024	11%	5%	5%	8%
Total		3.615.987	1.463.181	2.156.610	7.235.777	100%	100%	100%	100%

Taula 21: Distribució (%) de cada grup CIM-9 per tipus d'atenció el 2006

	AE	AP	AF
I Malalties infeccioses i parasitàries	16,8%	19,6%	63,6%
II Neoplàsies	55,2%	2,2%	42,6%
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	19,9%	47,4%	32,6%
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	63,1%	15,0%	21,9%
V Trastorns mentals	29,1%	33,5%	37,4%
VI Malalties de l'aparell nerviós	58,3%	17,9%	23,8%
VII Malalties de l'aparell circulatori	44,8%	16,2%	39,1%
VIII Malalties de l'aparell respiratori	46,9%	25,7%	27,4%
IX Malalties de l'aparell digestiu	62,5%	16,1%	21,4%
X Malalties de l'aparell genitourinari	62,1%	13,2%	24,7%
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	83,7%	2,3%	14,0%
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	43,1%	35,2%	21,6%
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	46,1%	29,2%	24,6%
XIV Malalties congènites	76,3%	9,3%	14,5%
XV Afeccions originades en el període perinatal	98,9%	0,4%	0,6%
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	23,1%	33,9%	42,9%
XVII Lesions i intoxicacions	67,4%	13,5%	19,2%
Total	48,8%	19,8%	31,4%

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

Taula 22: Distribució (%) de cada grup CIM-9 per tipus d'atenció el 2007

	AE	AP	AF
I Malalties infeccioses i parasitàries	17,0%	19,9%	63,1%
II Neoplàsies	56,4%	2,2%	41,4%
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	20,5%	48,5%	31,1%
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	63,6%	15,1%	21,3%
V Trastorns mentals	30,5%	34,6%	34,9%
VI Malalties de l'aparell nerviós	59,4%	18,1%	22,5%
VII Malalties de l'aparell circulatori	46,4%	16,6%	37,0%
VIII Malalties de l'aparell respiratori	47,9%	26,3%	25,8%
IX Malalties de l'aparell digestiu	63,7%	16,4%	19,9%
X Malalties de l'aparell genitourinari	63,0%	13,4%	23,6%
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	84,7%	2,3%	13,0%
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	44,0%	35,8%	20,2%
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	47,4%	29,6%	23,0%
XIV Malalties congènites	77,2%	9,4%	13,4%
XV Afeccions originades en el període perinatal	99,0%	0,4%	0,6%
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	24,1%	35,1%	40,8%
XVII Lesions i intoxicacions	68,6%	13,6%	17,8%
Total	50,0%	20,2%	29,8%

Taula 23: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció especialitzada. Any 2006

Atenció Especialitzada

	AH sociosan.	At. Renal	Ins.	S.Mental	Oxigen.	Rehabil.	Total
I Malalties infeccioses i parasitàries	35.252	3.553					38.805
II Neoplàsies	333.045	57.100					390.145
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	58.112	4.238					62.350
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	59.741	1.055					60.796
V Trastorns mentals	33.824	25.297		132.538			191.659
VI Malalties de l'aparell nerviós	305.246	22.575					327.821
VII Malalties de l'aparell circulatori	399.305	43.414				2.038	444.757
VIII Malalties de l'aparell respiratori	239.006	19.717			23.724		282.446
IX Malalties de l'aparell digestiu	278.270	7.561					285.831
X Malalties de l'aparell genitourinari	200.796	5.241	78.162				284.199
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	144.970						144.970
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	42.596	4.175					46.771
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	141.701	16.740				8.153	166.594
XIV Malalties congènites	16.568	377					16.945
XV Afeccions originades en el període perinatal	69.127						69.127
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	57.523	7.027					64.549
XVII Lesions i intoxicacions	298.499	35.748				10.191	344.438
Total	2.713.581	253.820	78.162	132.538	23.724	20.383	3.222.207

Taula 24: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció especialitzada. Any 2007

		Atenció Especialitzada						
		AH sociosan.	At. Renal	Ins.	S.Mental	Oxigen.	Rehabil.	Total
I	Malalties infeccioses i parasitàries	39.436	4.047					43.483
II	Neoplàsies	372.578	65.034					437.612
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	65.009	4.827					69.837
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	66.832	1.202					68.034
V	Trastorns mentals	37.839	28.812		154.042			220.693
VI	Malalties de l'aparell nerviós	341.479	25.712					367.191
VII	Malalties de l'aparell circulatori	446.703	49.446				2.591	498.740
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	267.376	22.457			24.090		313.922
IX	Malalties de l'aparell digestiu	311.301	8.612					319.913
X	Malalties de l'aparell genitourinari	224.631	5.969	87.172				317.772
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	162.178						162.178
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	47.652	4.756					52.408
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	158.521	19.066				10.364	187.951
XIV	Malalties congènites	18.535	430					18.965
XV	Afeccions originades en el període perinatal	77.333						77.333
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	64.351	8.003					72.354
XVII	Lesions i intoxicacions	333.931	40.715				12.956	387.602
Total		3.035.683	289.089	87.172	154.042	24.090	25.911	3.615.987

Taula 25: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció primària. Any 2006

		Atenció primària		
		AP	S. mental	Total
I	Malalties infeccioses i parasitàries	45.407		45.407
II	Neoplàsies	15.550		15.550
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	148.402		148.402
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	14.440		14.440
V	Trastorns mentals	111.022	109.529	220.551
VI	Malalties de l'aparell nerviós	100.415		100.415
VII	Malalties de l'aparell circulatori	160.497		160.497
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	154.973		154.973
IX	Malalties de l'aparell digestiu	73.770		73.770
X	Malalties de l'aparell genitourinari	60.635		60.635
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	4.035		4.035
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	38.200		38.200
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	105.489		105.489
XIV	Malalties congènites	2.062		2.062
XV	Afeccions originades en el període perinatal	291		291
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	94.641		94.641
XVII	Lesions i intoxicacions	68.963		68.963
Total		1.198.793	109.529	1.308.322

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

Taula 26: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció primària. Any 2007

		Atenció primària		
		AP	S. mental	Total
I	Malalties infeccioses i parasitàries	50.638		50.638
II	Neoplàsies	17.342		17.342
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	165.498		165.498
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	16.104		16.104
V	Trastorns mentals	123.812	126.287	250.098
VI	Malalties de l'aparell nerviós	111.983		111.983
VII	Malalties de l'aparell circulatori	178.987		178.987
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	172.826		172.826
IX	Malalties de l'aparell digestiu	82.268		82.268
X	Malalties de l'aparell genitourinari	67.620		67.620
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	4.499		4.499
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	42.600		42.600
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	117.642		117.642
XIV	Malalties congènites	2.299		2.299
XV	Afeccions originades en el període perinatal	325		325
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	105.544		105.544
XVII	Lesions i intoxicacions	76.907		76.907
Total		1.336.894	126.287	1.463.181

Taula 27: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció farmacèutica. Any 2006

		Atenció farmacèutica		
		AF	MHDA	Total
I	Malalties infeccioses i parasitàries	12.465	134.920	147.385
II	Neoplàsies	134.969	166.659	301.628
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	85.214	16.911	102.125
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	6.063	15.095	21.158
V	Trastorns mentals	246.340		246.340
VI	Malalties de l'aparell nerviós	108.239	25.414	133.652
VII	Malalties de l'aparell circulatori	387.944		387.944
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	164.944		164.944
IX	Malalties de l'aparell digestiu	97.629		97.629
X	Malalties de l'aparell genitourinari	73.560	39.619	113.179
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	24.212		24.212
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	23.458		23.458
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	88.926		88.926
XIV	Malalties congènites	3.211		3.211
XV	Afeccions originades en el període perinatal	454		454
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	119.660		119.660
XVII	Lesions i intoxicacions	97.964		97.964
Total		1.675.251	398.618	2.073.869

Taula 28: Detall de distribució per categories CIM-9-MC (x 1.000 euros). Atenció farmacèutica. Any 2007

		Atenció farmacèutica		
		AF	MHDA	Total
I	Malalties infeccioses i parasitàries	12.789	148.160	160.950
II	Neoplàsies	138.483	183.014	321.497
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	87.433	18.571	106.004
IV	Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	6.221	16.576	22.797
V	Trastorns mentals	252.754		252.754
VI	Malalties de l'aparell nerviós	111.057	27.908	138.965
VII	Malalties de l'aparell circulatori	398.045		398.045
VIII	Malalties de l'aparell respiratori	169.239		169.239
IX	Malalties de l'aparell digestiu	100.171		100.171
X	Malalties de l'aparell genitourinari	75.476	43.507	118.983
XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	24.843		24.843
XII	Malalties de la pell i el teixit subcutani	24.069		24.069
XIII	Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	91.241		91.241
XIV	Malalties congènites	3.295		3.295
XV	Afeccions originades en el període perinatal	466		466
XVI	Síntomes, signes i afeccions mal definits	122.776		122.776
XVII	Lesions i intoxicacions	100.515		100.515
Total		1.718.873	437.736	2.156.610

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

10.4. Resultats per als plans directors segons la despesa (2006 i 2007) Pla director d'oncologia

Taula 29: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2006

Oncologia (cat. II CIM-9)					
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	333.045			333.045	47,1%
Atenció sociosanitària	57.100			57.100	8,1%
EAP		15.550		15.550	2,2%
Farmàcia			134.969	134.969	19,1%
MHDA			166.659	166.659	23,6%
Total	390.145	15.550	301.628	707.324	100,0%

Distribució del cost de l'atenció hospitalària

Línia de servei	Total (x1000€)	Total (%)
Estades i CMA	199.928	60,0%
CE	32.008	9,6%
Urgències	10.697	3,2%
Hospitals de dia	63.199	19,0%
TTPE	27.213	8,2%
Total AH	333.045	100,0%

Taula 30: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2007

Oncologia (cat. II CIM-9)					
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	372.578			372.578	48,0%
Atenció sociosanitària	65.034			65.034	8,4%
EAP		17.342		17.342	2,2%
Farmàcia			138.483	138.483	17,8%
MHDA			183.014	183.014	23,6%
Total	437.612	17.342	321.497	776.451	100,0%

Distribució del cost de l'atenció hospitalària

Línia de servei	Total (x1000€)	Total (%)
Estades i CMA	223.660	60,0%
CE	35.807	9,6%
Urgències	11.967	3,2%
Hospitals de dia	70.701	19,0%
TTPE	30.443	8,2%
Total AH	372.578	100,0%

Pla director de malalties de l'aparell circulatori

Taula 31: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2006

Malalties de l'aparell circulatori (cat. VII CIM-9)

Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	399.305			399.305	40,3%
Atenció sociosanitària	43.414			43.414	4,4%
EAP		160.497		160.497	16,2%
Farmàcia			387.944	387.944	39,1%
Total	442.719	160.497	387.944	991.160	100,0%

Distribució del cost de l'atenció hospitalària

Línia de servei	Total (x1000€)	Total (%)
Estades i CMA	277.922	69,6%
CE	32.348	8,1%
Urgències	15.947	4,0%
Hospitals de dia	5.400	1,4%
TTPE	67.688	17,0%
Total de l'AH	399.305	100,0%

Taula 32: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2007

Malalties de l'aparell circulatori (cat. VII CIM-9)

Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	446.703			446.703	41,6%
Atenció sociosanitària	49.446			49.446	4,6%
EAP		178.987		178.987	16,7%
Farmàcia			398.045	398.045	37,1%
Total	496.149	178.987	398.045	1.073.181	100,0%

Distribució del cost de l'atenció hospitalària

Línia de servei	Total (x1000€)	Total (%)
Estades i CMA	310.912	69,6%
CE	36.187	8,1%
Urgències	17.839	4,0%
Hospitals de dia	6.041	1,4%
TTPE	75.723	17,0%
Total de l'AH	446.703	100,0%

Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008

Pla director de salut mental

Taula 33: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2006

Salut mental (cat. V CIM-9)					
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	33.824			33.824	5,1%
Atenció sociosanitària	25.297			25.297	3,8%
Salut mental, AE	132.538			132.538	20,1%
EAP		111.022		111.022	16,9%
Salut mental, AP		109.529		109.529	16,6%
Farmàcia			246.340	246.340	37,4%
Total	191.659	220.551	246.340	658.550	100,0%

Taula 34: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2007

Salut mental (cat. V CIM-9)					
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	37.839			37.839	5,2%
Atenció sociosanitària	28.812			28.812	4,0%
Salut mental, AE	154.042			154.042	21,3%
EAP		123.812		123.812	17,1%
Salut mental, AP		126.287		126.287	17,5%
Farmàcia			252.754	252.754	34,9%
Total	220.693	250.098	252.754	723.546	100,0%

Salut maternoinfantil

Taula 35: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2006

Salut maternoinfantil (cat. XI i XV CIM-9)					
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	214.097			214.097	88,1%
Atenció sociosanitària					
EAP		4.326		4.326	1,8%
Farmàcia			24.666	24.666	10,1%
Total	214.097	4.326	24.666	243.089	100,0%

Taula 36: Distribució segons el tipus d'atenció sanitària i línia de servei. Any 2007

Salut mental (cat. V CIM-9)					
Línia de servei	AE	AP	AF	Total (x1000€)	Total (%)
Atenció hospitalària	239.511			239.511	88,8%
Atenció sociosanitària					
EAP		4.824		4.824	1,8%
Farmàcia			25.308	25.308	9,4%
Total	239.511	4.824	25.308	269.643	100,0%

11. Bibliografia

- ¹ Gisbert R, Brosa M, Bohigas LI. *Distribución del presupuesto sanitario público de Cataluña del 2005 entre las 17 categorías CIE-9-MC*. *Gaceta Sanitaria* 2007; 21 (2): 124-131.
- ² Gisbert R, Brosa M. *Evolució de la participació dels plans directors en la despesa sanitària del CatSalut. A: Estudis d'economia de la salut*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2006: 11-40.
- ³ Gisbert R, Brosa M. *Evolució de la participació dels plans directors en la despesa sanitària del CatSalut. A: Estudis d'economia de la salut*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2006: 41-62.
- ⁴ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. *Memòria d'activitat 2005*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2006b. <www.gencat.net/catsalut>
- ⁵ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. *Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya 2005. Informe del registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD)*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2006a.
- ⁶ Pareja C, Cabeza C. *Distribució per grans grups dels diagnòstics atesos a l'atenció primària de salut*. Barcelona: Unitat Recerca de la Fundació Jordi Gol i Gurina, Divisió d'Atenció Primària de l'ICS, 2006.
- ⁷ IASIST. *Reforma de l'atenció especialitzada a Catalunya 2004*. Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut. [Estudi no publicat]
- ⁸ Bolívar B, Juncosa S, Martínez C et al. *Taxes d'incidència i prevalença a l'atenció primària. Mètodes per a la seva obtenció*. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina, 2002.
- ⁹ Sicras Mainar A, Serrat Tarrés J. *Medida de los pesos relativos del coste de la asistencia como efecto de la aplicación retrospectiva de los adjusted clinical groups en atención primaria*. *Gaceta Sanitaria*, 2006; 20 (2): 132-141.
- ¹⁰ Fernández E et al. *Utilización del sistema informatizado de centros de atención primaria (SICAP) para valorar el consumo de pruebas diagnósticas y derivaciones*. *Centro de Salud*, 1998; 6: 305-311.

2. La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

José M. Inoriza; Marc Carreras; Josep M. Lisbona; Elvira Sánchez; Jordi Coderch
Serveis de Salut Integrats Baix Empordà.

Pere Ibern.
Universitat Pompeu Fabra. Centre de Recerca en Economia de la Salut.
Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSIRES) de SSIBE.

Índex

Finançament	42
Agraïments	42
Resum	43
1. Introducció	47
2. Material i mètodes	48
2.1. Àmbit geogràfic i organitzatiu	48
2.2. Fonts d'informació de SSIBE	48
2.3. Fonts d'informació externes a SSIBE	49
2.4. Població	49
2.5. Dades de morbiditat	50
2.6. Dades d'activitat assistencial	52
2.7. Dades de costos sanitaris	52
2.7.1. <i>Sistema de càlcul per a SSIBE</i>	52
2.7.2. <i>Sistema de càlcul per a proveïdors no-SSIBE</i>	54
2.7.2.1. Atenció primària de l'EAP SF	54
2.7.2.2. Sistema d'assignació de costos d'hospitals d'aguts ..	55
2.7.2.3. Sistema d'assignació de costos de salut mental	55
2.7.2.4. Sistema d'assignació de costos d'hospitals socio-sanitaris	56
2.7.2.5. Cost de farmàcia	56
2.7.3. Resum de costos	56
2.8. Metodologia de Treball	57
2.8.1. Integració de la informació	57
2.8.1.1 Població	57
2.8.1.2. Informació dels registres del CMBD	58
2.8.1.3. Informació dels registres d'activitat de l'ABS SF	58
2.8.1.4. Informació de consum farmacèutic de l'ABS SF	58
2.8.2. Agrupació en CRG	59
2.8.3. Càlcul de les dades assistencials i de costos de SSIBE	59
2.8.4. Càlcul de les dades assistencials i de costos fora de SSIBE ..	60
2.8.5. Resum de dades assistencials i de costos inclosos en l'estudi ..	60
2.8.6. Creuament de dades assistencials i de morbiditat	60
3. Resultats	60
3.1. Identificació de la població	60
3.2. Identificació de la morbiditat	62
3.3. Identificació d'activitat i costos	65
3.4. Anàlisi d'activitat i costos segons edat i sexe	67
3.5. Anàlisi d'activitat i costos segons morbiditat	68
3.6. Anàlisi d'activitat i costos segons morbiditat per ABS	70
4. Discussió	71
5. Conclusions i recomanacions	73
6. Bibliografia	74
7. Índex de taules	76
8. Índex de figures	77
9. Annex I. CMBD	77
10. Annex II.	79
11. Annex III. Abreviacions	83
12. Taules	84

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Finançament

Aquest estudi s'ha elaborat en el marc d'un projecte general de recerca sobre l'assignació de la despesa sanitària als pacients usuaris que du a terme Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE) des de fa alguns anys.

L'estudi que es presenta en aquest informe és original i respon a un encàrrec i finançament de la **Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut**.

El projecte de recerca ha rebut finançament públic de les institucions següents:

Projecte 128/01/2004: Classificació de pacients en una organització sanitària integrada. Utilitat dels *Clinical Risk Groups* (CRG)

Centre: Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

Investigador Principal: José María Inoriza Belzunce

Finançat per: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica (AATRM)

i del

Projecte PI06/90638: Evaluación de sistemas de clasificación de pacientes en ámbito poblacional en una organización sanitaria integrada

Centre: Hospital de Palamós

Investigador Principal: José María Inoriza Belzunce

Finançat per: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS)

En el context d'aquest projecte s'han efectuat comunicacions de resultats parcials en diferents congressos nacionals i internacionals.

Agraïments

Aquest informe s'ha elaborat amb la col·laboració dels professionals dels organismes Servei Català de la Salut, Institut d'Assistència Primària i Àmbit d'Atenció Primària de Girona de l'ICS.

Així mateix, per al tractament de la informació de SSIBE ha estat imprescindible la col·laboració del Departament d'Informàtica, en particular de Josep Vilà i Martí Pàmies.

Finalment, cal agrair a Lluís Bohigas el seu impuls i el seu suport inicial per tirar endavant aquest estudi, i a Elena Calvo, del Departament de Salut, la seva comprensió i facilitats per dur-lo a terme.

Resum

Les necessitats d'atenció sanitària dels ciutadans són ateses en general en centres de primer nivell propers al municipi de residència i alhora, segons les característiques de la patologia que presenten, es deriven cap a centres d'un major nivell tecnològic (hospitals de referència) o cap a centres monogràfics (salut mental, centres socio-sanitaris) que es troben més allunyats de la residència habitual.

Aquest informe mostra com la despesa sanitària poblacional es relaciona amb la morbiditat atesa. Precisament, una major informació sobre com es dediquen els recursos a millorar la salut de les poblacions ha de permetre millorar les decisions de planificació i gestió dels serveis. La consideració estricta d'un sol nivell de serveis o un sol proveïdor és insuficient per entendre la relació entre diferents agents i els recursos que s'hi dediquen.

L'estudi té diversos estadis diferenciats: en primer lloc, la integració de la informació procedent de SSIBE i d'altres fonts externes; després, el procés d'agrupació en grups de risc clínic (CRG, sigla de l'anglès *Clinical Risk Group*) per comprendre la morbiditat poblacional. I finalment, l'anàlisi de la despesa sanitària individual i de la despesa sanitària segons morbiditat.

Metodologia

El sistema d'informació assistencial i la xarxa informàtica són elements fonamentals en el model integrat de SSIBE. Es disposa actualment d'un sistema d'informació que integra tant l'activitat assistencial com els costos de l'activitat. Les característiques que el defineixen són les següents: fitxer únic de pacients per a tota l'activitat en qualsevol dels àmbits assistencials (atenció primària, atenció especialitzada, atenció socio-sanitària); i fitxer d'activitat assistencial codificada a CIM-9-MC amb caràcter descentralitzat dels professionals assistencials directament implicats en l'assistència. Els criteris de codificació s'emeten i es consensuen des dels serveis centrals de l'organització.

El registre d'activitat de SSIBE inclou tots els contactes amb l'organització. Tots els contactes d'un mateix pacient, independentment del dispositiu assistencial d'on es facin, s'agrupen en el mateix registre informàtic. Les dades personals del pacient inclouen afiliació, règim econòmic, àrea bàsica assignada, metge de capçalera i infermer. La identificació unívoca de cada contacte permet l'assignació de costos.

La codificació clínica de cadascun dels contactes l'efectua el professional assistencial responsable en temps real. El nivell d'exhaustivitat de codificació s'acosta al 100% en tots els àmbits assistencials, excepte en la consulta externa d'atenció especialitzada, on se situa en el 75% aproximadament.

Atès que els ciutadans del Baix Empordà reben serveis fora dels centres de SSIBE, s'ha incorporat la informació subministrada per diverses entitats. Aquesta informació ha estat facilitada a SSIBE per al seu tractament amb l'únic objectiu de la confecció d'aquest informe, i s'han establert els corresponents convenis per preservar la confidencialitat de la informació. La informació utilitzada per a la recerca consta d'un fitxer amb dades anònimes i encriptades.

El CatSalut ha subministrat informació de morbiditat procedent dels àmbits següents: CMBD d'hospitals d'aguts (CMBDAH); CMBD dels centres de salut mental (CMBDHP, CMBDSMA), i CMBD dels recursos socio-sanitaris (CMBDRSS).

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

La informació referent al consum farmacèutic dels assegurats residents a l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) Sant Feliu de Guíxols (SF) l'ha facilitada igualment el CatSalut, així com la prescripció farmacèutica efectuada als residents al Baix Empordà per entitats proveïdores diferents a SSIBE i a l'Equip d'Atenció Primària (EAP) SF. El CatSalut ha proporcionat igualment la llista de persones assignades a l'ABS SF segons consta en el registre central d'assegurats (RCA).

La informació dels contactes dels residents de l'ABS SF amb l'EAP d'aquesta ABS han estat cedits per la Direcció d'Atenció Primària de Girona de l'Institut Català de la Salut (ICS) amb el mateix objectiu expressat més amunt.

L'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) ha facilitat informació d'activitat assistencial de salut mental, així com la informació necessària per a l'assignació de costos a aquestes activitats.

Els CRG van ser desenvolupats per 3M als EUA cap a l'any 1999. Es tracta d'un sistema que classifica individus en categories clíniques mútuament excloents i, mitjançant informació de contactes amb el sistema de salut, assigna a cada persona un nivell de gravetat. Per a això compta tots els codis que s'assignen a una persona en un període de temps. El seu objectiu fonamental és la detecció de les condicions de salut cròniques que determinaran l'estat de salut dels individus.

Per al càlcul de la utilització de recursos assistencials d'un pacient a SSIBE i fora de SSIBE es consideren possibles al voltant de 150 prestacions diferents. La suma del nombre de contactes imputat en cadascuna d'aquestes prestacions correspon a la utilització total de recursos assistencials per part del pacient en l'exercici. Per al càlcul del cost d'un pacient es considera una variable de cost per a cada variable d'activitat, ja siguin internes de SSIBE o externes. La suma del cost imputat en cadascuna de les activitats correspon al cost del pacient en l'exercici.

Les dades assistencials i de costos s'han recollit mitjançant la creació de noves prestacions (per exemple, dies d'hospitalització d'aguts no-SSIBE, visites ambulatories de salut mental o visites d'atenció primària, etc.). Per mantenir la coherència interna de la informació de SSIBE i la del conjunt de l'estudi, s'han creat noves prestacions que inclouen el conjunt de les de SSIBE i fora de SSIBE (per exemple, dies totals d'hospitalització o visites de primària, etc.). En el cas del cost farmacèutic, s'ha procedit de la mateixa manera ja que s'han detectat prescripcions farmacèutiques creuades entre les diferents ABS.

És igualment important detallar el que no s'inclou. Aquí s'han de comptabilitzar les visites de diagnòstic i seguiment relacionades amb hospitalitzacions fora de SSIBE i les partides expressades més amunt amb relació a proves complementàries i consum farmacèutic. D'altra banda, no es comptabilitza el cost de les prestacions complementàries, que inclouria transport sanitari, prestacions ortopèdiques, oxigen domiciliari, CPAP i rescabaments.

Resultats

L'any 2006 la població resident al Baix Empordà va efectuar un total d'1.389.150 contactes amb els serveis sanitaris, dels quals 1.090.318 (78,5%) es van fer amb SSIBE, 267.625 (19,3%), amb l'EAP SF, i els restants 31.207 (2,2%), en dispositius de salut mental o en centres especialitzats d'atenció d'aguts i atenció socio sanitària de fora de la comarca.

Pel que fa a l'anàlisi de costos, l'any 2006 s'ha calculat un cost total de 92.007.244,21 € en l'assistència sanitària dels residents del Baix Empordà, incloent el cost de farmàcia, la qual cosa representa un cost mitjà de 752,34 € / persona resident.

El cost dels serveis prestats als centres de SSIBE és de 66.752.264,15 € (72,55% del total) i, com s'ha explicat, està totalment calculat segons costos reals i inclou realment la totalitat dels seus serveis. Per a la resta del cost calculat, 25.254.980,06 € (27,45%), s'han seguit els criteris expressats en l'apartat de mètodes.

Si es considera el conjunt de l'activitat i costos, s'observa que els residents en les àrees bàsiques de SSIBE efectuen el 97% dels contactes directament amb centres de SSIBE, malgrat que només representen el 83% dels costos.

El consum de farmàcia representa un terç del cost total, i només el duen a terme dues de cada tres persones. Els costos mitjans dels pacients que necessiten diàlisi, hospitalització psiquiàtrica o hospitalització en centres sociosanitaris són els més elevats, però afecten sols un reduït nombre de persones. En conjunt suposen el 5,6% dels costos i inclouen tot just el 0,6% de les persones.

De l'activitat i els costos inclosos en l'anàlisi final a partir de la informació de les fonts externes a SSIBE, l'element que es mostra més rellevant és l'hospitalització d'aguts (19.047 estades, 61% contactes externs a SSIBE o EAP SF), que representa el 38% de les estades totals. Les estades en hospitals psiquiàtrics representen un 16% del conjunt de contactes externs, i les visites ambulatories de salut mental, un altre 10% del total. Les estades en hospitals sociosanitaris de fora de la comarca representen una mica menys del 10% del total d'estades.

Conclusions i recomanacions

La informació clínicoadministrativa disponible per als diferents proveïdors del sistema de salut permet l'establiment de perfils de salut poblacionals i l'estimació dels costos assistencials derivats. Disposar d'aquesta informació és possible mitjançant la utilització de diferents conjunts mínims bàsics de dades (CMBD), sempre que es disposi d'un identificador únic per persona.

Convé resoldre algunes mancances que mostra l'actual identificador únic dels assegurats del CatSalut per facilitar la interrelació entre el CatSalut i els diferents proveïdors sanitaris de qualsevol àmbit.

La identificació i classificació de la morbiditat depèn primordialment del servei de primer nivell assistencial (atenció primària i hospital general bàsic).

Cal assolir el desenvolupament definitiu i la implantació del CMBD d'atenció primària, així com altres sistemes de dades que incloguin la resta de les activitats ambulatories dels hospitals d'aguts.

La utilització de dues versions diferents de la classificació internacional de malalties (CIM-9 i CIM-10) per a la codificació clínica en àmbits assistencials diferents (atenció primària enfront d'assistència hospitalària -d'aguts i sociosanitària- i salut mental) pot dificultar la integració de la informació clínica per utilitzar-la en sistemes de mesura de la morbiditat.

La mesura de la morbiditat és un factor decisiu en l'explicació dels costos sanitaris i, en conseqüència, podria utilitzar-se en el càlcul dels pressupostos de les organitzacions sanitàries integrades a Catalunya.

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

La càrrega de morbiditat s'incrementa amb l'edat, fins arribar al seu punt màxim entre els 75 i els 84 anys, quan només el 33% de la població és classificada com a sana pels CRG.

Al voltant del 18% de la població no contacta amb el sistema sanitari en un any. Al voltant del 49% de la població és considerada sana en la classificació duta a terme pels CRG. Aquestes persones efectuen el 31% dels contactes assistencials i representen el 22,5% dels costos assistencials.

En conjunt, les persones que presenten determinades patologies cròniques, malaltia neoplàstica o malalties mentals inclouen el 13,5% de la població i representen el 33% dels contactes assistencials, el 43% del cost total sanitari i el 52% del cost farmacèutic. El cost estimat per pacient resident al Baix Empordà atès pel sistema públic de salut l'any 2006 va ser de 752,34 €. En termes de pes mitjà, les variacions van de 0,3795 a 41,1760. És a dir, entre el grup de persones sanes i el classificat com a condicions catastròfiques hi trobem una diferència de cost de 108 vegades.

Amb la informació creada, és possible establir sistemes de seguiment de la variabilitat de la pràctica mèdica i crear sistemes de *benchmarking* ajustats per morbiditat en el conjunt del sistema públic de salut per tal de millorar-ne l'eficiència.

1. Introducció

Les necessitats d'atenció sanitària dels ciutadans són ateses en general en centres de primer nivell propers al municipi de residència i alhora, segons les característiques de la patologia que presenten, es deriven cap a centres d'un major nivell tecnològic (hospitals de referència) o cap a centres monogràfics (salut mental, centres sociosanitaris) que es troben més allunyats de la residència habitual. De cara a la planificació de serveis sanitaris, resulta convenient considerar aquestes necessitats assistencials i els costos que se'n deriven conjuntament amb les que es duen a terme en els centres sanitaris més propers al ciutadà (centres d'atenció primària, hospitals comarcals). Si es consideren de manera separada, es pot incórrer en una infraestimació de les necessitats de recursos i en una infravaloració dels costos.

Aquest informe mostra com la despesa sanitària poblacional es relaciona amb la morbiditat atesa. Precisament una major informació sobre com es dediquen els recursos a millorar la salut de les poblacions ha de permetre millorar les decisions de planificació i gestió dels serveis. La consideració estricta d'un sol nivell de serveis o un sol proveïdor és insuficient per entendre la relació entre diferents agents i els recursos que s'hi dediquen.

El sistema de classificació de pacients representen un ingredient fonamental per poder mesurar la casuística en un sistema de salut. Han servit des de fa anys per mesurar la producció hospitalària, i alhora els sistemes de classificació de pacients també s'han generalitzat en el finançament hospitalari.¹

Per altra banda, els sistemes d'ajust de risc tracten de mesurar la morbiditat poblacional a partir de l'anàlisi de tots els contactes establerts pels pacients amb el sistema de salut. Mentre que en la mesura de la casuística hospitalària existeixen instruments consolidats des de fa 20 anys, pel que fa a la mesura agregada de la morbiditat poblacional no hi ha hagut aproximacions pràctiques fins fa poc. En aquest sentit, tenint en compte aquests desenvolupaments recents, s'ha fet una aplicació al nostre entorn de forma similar a com es va fer més d'una dècada enrere amb la mesura de la casuística hospitalària.^{2, 3, 4}

En el cas dels sistemes d'ajust de risc, hi ha una justificació fonamental de la seva oportunitat. L'existència d'unes experiències de compra de base poblacional obliga a adoptar algun ajust en el pagament capitatiu en funció de la morbiditat de la població i, per altra banda, esdevé necessària per a objectius de planificació sanitària. Així doncs, més enllà de disposar d'informació, que és el primer resultat que aporten els sistemes d'ajust de risc, hi ha una utilitat molt directa relacionada amb la despesa de les organitzacions sanitàries integrades.⁵

Atesa la informació disponible al Baix Empordà i l'avaluació feta de diferents opcions, s'utilitzen en aquest estudi els CRG com a model d'ajust de risc. Aquest agrupador ha estat utilitzat àmpliament per SSIBE.⁶

Els CRG permeten també l'anàlisi orientat a patologies concretes. La utilització d'aquest instrument ens pot permetre una millor comprensió de la influència de la comorbiditat en diferents patologies i les necessitats assistencials que aquesta determina.

Aquest informe és una continuació i una ampliació de dos altres anteriors. L'any 2006 es va presentar "La despesa farmacèutica segons morbiditat",⁷ on s'analitzava la despesa farmacèutica en l'àmbit de SSIBE, i l'any 2007, "La despesa sanitària segons

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

morbiditat. Anàlisi aplicada als serveis sanitaris de primer nivell",⁸ referit al conjunt de la despesa sanitària a SSIBE. Aquest informe amplia l'àmbit en incloure la morbiditat i els costos sanitaris generats pel conjunt de la població del Baix Empordà independentment del centre, proveïdor i àmbit assistencial on hagi estat atesa. Tanmateix, per facilitar la lectura, s'ha optat per incloure en els apartats d'introducció i metodologia d'aquest informe alguns continguts dels anteriors, en comptes de tan sols referenciar-los.

2. Material i Mètodes

2.1. Àmbit geogràfic i organitzatiu

L'àmbit geogràfic i sanitari on es desenvolupa aquest estudi és el de la comarca del Baix Empordà, que està formada per 36 municipis i té una població de 126.450 habitants (padró 2007).⁹

A la comarca hi ha un sol hospital d'aguts, l'Hospital de Palamós, que disposa de 110 llits per a malalts aguts, i un centre per a atenció sociosanitària, amb 100 llits, inaugurat l'any 2006. Pel que fa a l'atenció primària, la comarca està dividida en cinc àrees bàsiques de salut, quatre de les quals són gestionades pel Consorci Assistencial del Baix Empordà (CABE), entitat de caràcter públic constituïda pel Consell Comarcal del Baix Empordà i la Fundació Mossèn Miquel Costa - Hospital de Palamós. L'Hospital de Palamós i el CABE conformen una organització integrada de provisió de serveis sanitaris i sociosanitaris, que ha adoptat la denominació de Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE).^{10, 11, 12, 13}

L'ABS SF disposa d'un EAP gestionat per l'ICS.¹⁴

A la comarca, l'IAS gestiona en l'àmbit de la salut mental tant l'assistència hospitalària (Hospital de Salt, Girona) com l'assistència ambulatoria (Centre de Salut Mental Baix Empordà, Platja d'Aro).¹⁵

2.2. Fonts d'informació de SSIBE

El sistema d'informació assistencial i la xarxa informàtica són elements fonamentals en el model integrat de SSIBE. Es disposa actualment d'un sistema d'informació que integra tant l'activitat assistencial com els costos de l'activitat. Les característiques que el defineixen són les següents:

- 1) Fitxer únic de pacients per a tota l'activitat en qualsevol dels àmbits assistencials (atenció primària, atenció especialitzada, atenció sociosanitària).
- 2) Fitxer d'activitat assistencial codificada a CIM-9-MC amb caràcter descentralitzat dels professionals assistencials directament implicats en l'assistència. Els criteris de codificació s'emeten i es consensuen des dels serveis centrals de l'organització.

El registre d'activitat de SSIBE inclou tots els contactes amb l'organització. Cada contacte té un número d'identificació. De cada contacte s'enregistren almenys les dades següents: data i hora; procedència i professional que l'origina; característiques definitòries del tipus de contacte; classificació econòmica; professional i especialitat que presta l'atenció; codificació clínica segons la CIM-9-MC. Tots els contactes d'un mateix pacient, independentment del dispositiu assistencial des d'on es facin, s'agrupen en el mateix registre informàtic.

Les dades personals del pacient inclouen afiliació, règim econòmic, àrea bàsica assignada, metge de capçalera i infermer. Es recull el codi d'identificació personal (CIP) dels assegurats del CatSalut i es compta amb una connexió permanent amb l'RCA del CatSalut, fet que permet mantenir sincronitzades i actualitzades les dades personals dels SSIBE amb l'RCA. La identificació unívoca de cada contacte permet l'assignació de costos.

La codificació clínica de cadascun dels contactes l'efectua el professional assistencial responsable en temps real. Per a cadascun dels contactes es poden introduir un màxim de 10 codis de diagnòstic i 10 codis de procediments duts a terme. El nivell d'exhaustivitat de codificació s'acosta al 100% en tots els àmbits assistencials, excepte en la consulta externa d'atenció especialitzada, on se situa en el 75% aproximadament.^{6, 7, 8}

2.3. Fonts d'informació externes a SSIBE

Atès que els ciutadans del Baix Empordà reben serveis fora dels centres de SSIBE, s'ha incorporat la informació subministrada per diverses entitats. Aquesta informació ha estat facilitada a SSIBE per al seu tractament amb l'únic objectiu de la confecció d'aquest informe, i s'han establert els corresponents convenis per preservar la confidencialitat de la informació. La informació utilitzada per a la recerca consta d'un fitxer amb dades anònimes i encriptades.

El CatSalut ha subministrat informació de morbiditat procedent dels àmbits següents:

- CMBD d'hospitals d'aguts (CMBDAH)
- CMBD dels centres de salut mental (CMBDHP, CMBDSMA)
- CMBD dels recursos sociosanitaris (CMBDRSS)

La informació referent al consum farmacèutic dels assegurats residents a l'ABS SF ha estat facilitada igualment pel CatSalut, així com la prescripció farmacèutica feta als residents al Baix Empordà per entitats proveïdores diferents a SSIBE i a l'EAP SF.

El CatSalut ha proporcionat igualment la llista de persones assignades a l'ABS SF segons consta en l'RCA.

La informació dels contactes dels residents de l'ABS SF amb l'EAP d'aquesta ABS han estat cedits per la Direcció d'Atenció Primària de Girona de l'ICS amb el mateix objectiu expressat més amunt.

L'IAS ha facilitat informació d'activitat assistencial de salut mental, així com la informació necessària per a l'assignació de costos a aquestes activitats.

2.4. Població

La població inclosa és la que resideix a la comarca del Baix Empordà, independentment que sigui atesa o no. Vista la implantació en el territori i amb el sistema d'informació de què disposa el fitxer de pacients de SSIBE, és pràcticament equivalent al cens de població. Cal identificar correctament la població i el lloc de residència, ja que en tractar-se d'una zona situada a la Costa Brava l'afluència de persones per motius turístics i amb segones residències ho dificulta de manera important.

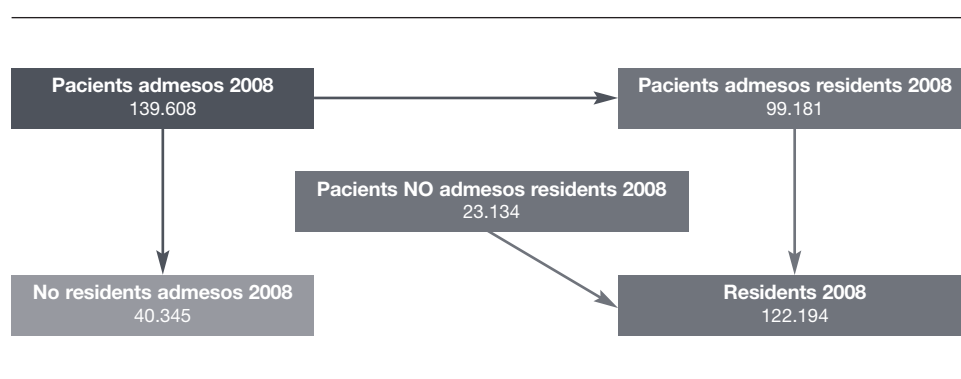
Per altra banda, algunes persones que provenen de fora de Catalunya, espanyols o estrangers, s'estableixen en aquesta comarca de manera més o menys permanent per motius diferents i en la pràctica es comporten com a residents encara que no s'empadronin ni disposin de CIP. També és important el fenomen migratori: s'estima que el col·lectiu immigrant representa al voltant del 19,5% de la població (any 2007) i suposa problemes d'identificació pel fet de residència més o menys permanent.

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

En aquest estudi s'ha definit que un resident del Baix Empordà per a un any determinat és aquell que compleix les condicions següents:

- La persona registrada a l'RCA que tingui com a unitat productiva (UP) territorial qualsevol de les del Baix Empordà.
- La persona que no consti a l'RCA però que tingui com a primera residència qualsevol dels municipis de la comarca i a qui SSIBE hagi assignat centre d'assistència i metge de capçalera.
- La persona amb data de naixement anterior a la data del final del període d'anàlisi.
- La persona amb data d'èxitus posterior a la d'inici del període d'anàlisi.

La taula que es mostra a continuació resumeix per a l'any 2006 la composició de la població analitzada.



2.5. Dades de morbiditat

Els contactes dels ciutadans amb els centres de SSIBE són enregistrats i reben una codificació clínica mitjançant la CIM-9. L'atenció primària de l'ICS utilitza la CIM-10. Per aquest motiu, s'ha utilitzat l'equivalència entre CIM-10 i CIM-9 a partir d'una taula proporcionada al costat de la informació de codis. Quan la relació entre codis no era unívoca, se n'ha triat el més apropiat.

La CIM-9 és molt àmplia (uns 14.000 codis de diagnòstic i 4.500 codis de procediments), i aquesta amplitud permet recollir la informació clínica d'una manera bastant específica. Malgrat tot, també genera problemes importants a l'hora de fer-ne l'explotació. Per aquest motiu, s'han elaborat diferents sistemes de classificació de pacients que utilitzen diferents lògiques i algorismes de classificació que tracten d'agrupar els pacients de forma homogènia en un nombre raonable de grups. Un d'aquests sistemes són els CRG.

Els CRG van ser desenvolupats per 3M als EUA cap a l'any 1999.¹⁶ Es tracta d'un sistema que classifica individus en categories clíniques mútuament excloents i, mitjançant informació de contactes amb el sistema de salut, assigna a cada persona un nivell de gravetat. Per a això compta tots els codis que s'assignen a una persona en un període de temps. El temps mínim d'anàlisi és de sis mesos i, encara que generalment s'utilitza un any, els desenvolupadors del sistema estableixen com a període ideal dos anys.

El programari dels CRG llegeix tots els codis diagnòstics de tots els contactes efectuats amb el sistema de salut per al pacient. Després, els assigna a una categoria diagnòstica (aguda o crònica) i a un òrgan, i assigna també els codis de procediment

a una categoria de procediments. Cada individu s'agrupa en un grup d'estat de salut definit jeràrquicament i, després, en un grup CRG i en un nivell de gravetat si és un malalt crònic. L'objectiu fonamental és la detecció de les condicions de salut cròniques que determinaran l'estat de salut dels individus.^{16, 17, 18}

La definició d'una condició crònica de salut implica l'existència de tres components:

- 1) Disfunció física, mental, emocional, comportamental o de desenvolupament.
- 2) Durada esperada mínima de 12 mesos o més, o seqüeles que duren també 12 mesos.
- 3) Necessitat de tractament continuat i de seguiment.

La definició dels CRG aguts implica una malaltia que situa el pacient amb risc de necessitar serveis majors que un malalt crònic i amb possibilitat que es converteixi en una malaltia crònica. Una malaltia és aguda si va succeir en els sis mesos anteriors al final del període d'anàlisi.

Hi ha nou grups d'estat de salut, ordenats de menys a més gravetat:

- 1) Sans (inclouen els no-usuaris)
- 2) Malaltia aguda significativa
- 3) Malaltia crònica menor única
- 4) Malaltia crònica menor múltiple
- 5) Malaltia crònica dominant única
- 6) Malaltia crònica dominant doble
- 7) Malaltia crònica dominant triple
- 8) Malaltia neoplàstica
- 9) Condicions catastròfiques

Dins de cadascun dels nivells d'estat de salut s'estableixen nivells de gravetat. S'utilitzen cinc criteris diferents: si el diagnòstic és recent o no, el lloc on es produeix el contacte, la persistència en el temps d'un determinat diagnòstic, l'edat de l'individu (fonamentalment per a alguns diagnòstics pediàtrics) i la combinació de diagnòstics en la història del pacient. L'algorisme del programa té 43 regles d'assignació diferents, basades en aquests criteris. No tots els CRG tenen el mateix nombre de nivells de gravetat: varien d'un a sis.

En el model estàndard, al final del procés d'agrupació s'obtenen un total de 1.081 CRG, mútuament excloents. Aquests CRG poden ser agrupats en tres nivells, que es denominen ACRG1 (413 grups), ACRG2 (146 grups) i ACRG3 (37 grups).

En aquest estudi s'ha utilitzat la versió 1.2B, que genera tres models diferents d'agrupació: el model estàndard, el concurrent i el prospectiu. La diferència entre aquests models és que el concurrent mira de tenir en compte alguns diagnòstics que impliquen canvis aguts sobre l'existència de condicions cròniques i que poden explicar, després, alguns costos sobrevinguts. En aquests models el nombre de categories agrupades varia. Així, per exemple, en el model concurrent hi ha 46 ACRG3 diferents, en comparació amb els 37 del model estàndard.¹⁹

L'agrupador CRG, a més d'assignar cada persona a una categoria diagnòstica exclusiva, ofereix detalls de tots els diagnòstics i procediments per poder utilitzar-los en aplicacions de gestió clínica. Les variables demogràfiques no s'utilitzen per assignar grups de CRG, però poden afegir informació més desagregada en cada CRG, ja sigui sa, malalt agut o crònic.

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

2.6. Dades d'activitat assistencial

Per al càlcul de la utilització de recursos assistencials d'un pacient a SSIBE es consideren possibles un total de 147 prestacions diferents. La suma del nombre de contactes imputat en cadascuna d'aquestes prestacions correspon a la utilització total de recursos assistencials per part del pacient en l'exercici.⁸

La informació procedent de fonts externes a SSIBE ha determinat la creació d'altres vuit prestacions: hospitalització d'aguts (estades); hospitalització de salut mental (estades); hospitalització sociosanitària (estades); atenció ambulatoria de salut mental (visites i sessions de tractament ambulatori); cirurgia major ambulatoria (episodis); cirurgia menor (episodis); visites d'atenció primària, i episodis de radiologia.

Per facilitar la presentació dels resultats, aquestes 155 variables s'han agrupat en 16 variables secundàries: atenció primària (visites de medicina i infermeria de família); atenció especialitzada (consultes especialistes); atenció ambulatoria de salut mental (visites i sessions de tractament ambulatori); proves diagnòstiques (laboratori, radiologia, endoscòpies, proves d'esforç, etc.); hospital de dia mèdic (sessions de tractament); hospital de dia sociosanitari; quiròfan (intervencions, incloses les de cirurgia ambulatoria i urgències); cirurgia menor (intervencions); diàlisi (sessions); rehabilitació (sessions de tractament); urgències; hospitalització d'aguts (cada dia d'hospitalització és un contacte); hospitalització de salut mental (cada dia d'hospitalització és un contacte); hospitalització sociosanitària (cada dia d'hospitalització és un contacte); medicina hiperbàrica (sessions de tractament), i altres (visites odontologia, podologia). En alguns casos, la variable de resum és la suma dels valors a SSIBE més la font externa. Per convenció, a les variables on no s'identificava cap utilització se'ls assignava un valor zero.

La variable d'activitat total és el nombre total de contactes fets en l'any. S'ha mantingut una variable d'activitat sanitària total a SSIBE, una altra en els proveïdors externs a SSIBE i una final que és la suma d'ambdues.

2.7. Dades de costos sanitaris

2.7.1. Sistema de càlcul per a SSIBE

El sistema està orientat a obtenir de la forma més directa possible el cost per pacient. El sistema utilitzat és un sistema d'imputació de costos històrics directes en el qual l'objecte final de cost és el pacient.⁸

Els costos inclosos en el procés de repartiment han estat els següents: compres, serveis exteriors, cost del personal i amortitzacions. Les variacions d'existències, tributs, altres despeses de gestió, despeses financeres i provisions no s'incorporen al procés fins al final; s'inclouran en el cost indirecte o d'estructura.

La valoració de les compres s'efectua segons el preu d'adquisició, que generalment inclou transport, impostos no recuperables, descomptes i bonificacions. Els fàrmacs, materials i productes (articles) es compren als proveïdors i se subministren a petició dels diferents centres de cost. Cada albarà de sortida inclou, entre altres informacions, la data, l'origen, el destí i la valoració econòmica a preu mitjà ponderat. El cost dels serveis exteriors s'obté de la comptabilització de les factures dels proveïdors de serveis exteriors. Aquestes despeses s'imputen de forma directa i manual al centre de cost causant de la despesa, i la imputació la fa el departament de comptabilitat.

El cost del personal inclou sou base, complements, guàrdies, càrregues socials, retencions i compensacions no salarials. També es considera cost de personal les prestacions de serveis de professionals no contractats laboralment que facturem a l'entitat l'activitat que desenvolupen.

L'immobilitzat es valora a preu d'adquisició i s'assigna al centre de cost que ha proposat la inversió. Aquest valor s'amortitza posteriorment segons un percentatge anual constant en funció del tipus d'immobilitzat.

Alguns dels costos anteriors s'imputen directament al pacient. No obstant això, una part important dels costos es reparteix de manera semidirecta, en imputar-se en una primera fase del procés a un centre de cost. Les empreses del grup estan organitzades funcionalment en unitats, i aquestes unitats es divideixen en centres de cost. Els centres de cost definits compleixen la doble característica de constituir una secció diferenciada que du a terme una activitat determinada i de comptar a més amb un responsable organicofuncional.

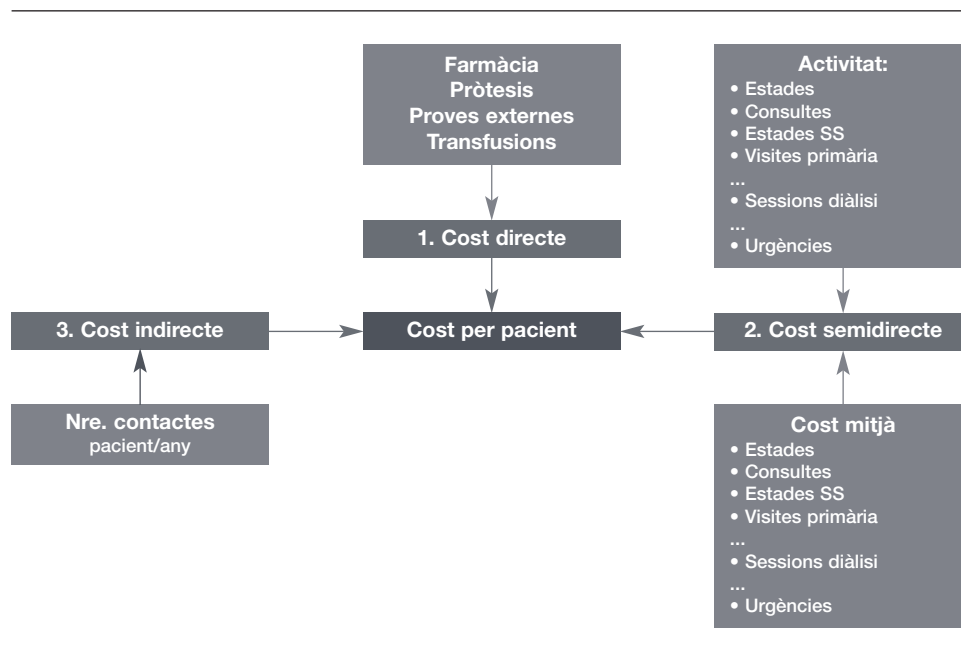
La informació de tipus econòmic que s'incorpora al procés es pot classificar en tres categories. D'una banda, informació de tipus comptable, obtinguda dels saldos de la comptabilitat financera. La segona categoria està formada pels paràmetres de repartiment, obtinguts mitjançant diverses fonts i utilitzats per distribuir partides de cost concretes. I en darrer lloc, els qüestionaris de dedicació pretenen establir quina ha estat la distribució dels recursos humans dels principals serveis mèdics entre les diferents prestacions definides.

El recompte de l'activitat desenvolupada durant l'exercici analitzat i per les prestacions definides es du a terme des dels sistemes d'informació assistencial de SSIBE. Aquesta informació s'integra en el procés de càlcul i permet obtenir el cost mitjà de les prestacions definides. El procés es completa amb l'obtenció dels tres tipus de cost definits: cost directe del pacient, cost indirecte i cost mitjà de les prestacions.

En agregar els costos directes, semidirectes i indirectes en el nivell de pacient (expedient), s'obté el cost per pacient durant l'exercici objecte d'estudi. Els costos separats com a cost directe a pacient (farmàcia directa, pròtesis, transfusions i productes intermedis) estan identificats en fitxers amb el número d'expedient. La imputació per pacient d'aquest segon tipus de cost és possible gràcies a la inclusió prèvia de tots els pacients atesos durant l'any analitzat que formen la població de l'estudi en una base de dades. El registre de l'activitat anual per cadascun d'aquest usuaris permet, mitjançant la taula de cost mitjà per prestació, carregar a cada pacient el cost semidirecte corresponent. Els costos separats com a estructura o cost indirecte suposen un percentatge important del total. Aquest import es reparteix entre tots els usuaris com una quantitat per exercici i usuari.

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

La figura resumeix el procés d'assignació dels costos.



2.7.2. Sistema de càlcul per a proveïdors no-SSIBE

2.7.2.1 Atenció primària de l'EAP SF

La Direcció d'Atenció Primària de l'ICS de Girona ens va facilitar les dades del pressupost executat de l'EAP SF, que recull els conceptes: despeses de personal (capítol I), incloses les retribucions G.P.01; retribucions, substitucions i quotes patronals; despeses de béns i serveis (capítol II), incloent béns i serveis i també els papers reactius de control de la glucèmia en persones diabètiques; a més del cost de l'estructura de serveis centrals de l'ICS imputat a l'EAP (proporcional a la població assignada). A més, disposàvem d'un cost de proves de laboratori per usuari. Aquest cost es va afegir al que disposàvem de cost de laboratori a SSIBE.

El sistema de càlcul ha consistit en l'assignació d'unitats relatives de valor als diferents tipus de visites. La unitat relativa de valor (URV) = 1 s'ha considerat la visita del metge de família en el centre d'atenció primària. Sobre la base de l'estructura de preus continguda en l'Ordre SLT/483/2005 del Departament de Salut, de 15 de desembre, per la qual es regulen els supòsits i conceptes facturables i s'aproven els preus públics corresponents als serveis que presta l'ICS (DOGC 4540; 30/12/2005), s'han calculat les URV per als diferents tipus de visita. A continuació, s'ha recomptat cada tipus de visita i s'ha multiplicat per la URV de cada tipus de visita per obtenir el nombre total d'URV consumides. El valor del pressupost executat dividit pel nombre d'URV ha determinat el preu per URV. Per a cada usuari s'ha determinat el nombre d'URV totals i, per tant, el cost generat en visites d'atenció primària.

En la informació subministrada disposàvem de les derivacions efectuades per l'EAP. Només hem utilitzat la informació referent a radiologia. En cada derivació, hi constava el tipus d'exploració sol·licitat (radiologia simple, amb contrast, ecografia, TAC, RMN), però desconeixem on es fa. Per poder incorporar aquesta

informació s'han seguit els criteris següents. S'ha creuat la informació amb els estudis de radiologia duts a terme a SSIBE. Només s'han inclòs les dades referides a les exploracions sol·licitades que no estaven incloses en les fetes a SSIBE. És a dir, si a un pacient se li han sol·licitat dues ecografies i a SSIBE en tenia feta una, només s'incorporava una a la informació ja disponible. Aquestes exploracions s'han valorat al mateix preu que les efectuades a SSIBE. S'ha assumit que les exploracions sol·licitades s'han portat a terme.

2.7.2.2. Sistema d'assignació de costos d'hospitals d'aguts

No ha estat possible l'obtenció de dades de cost dels diferents hospitals. Per aquest motiu, s'ha optat per utilitzar informació publicada a fi d'establir un sistema de càlcul.

S'ha assignat un cost per estada en els hospitals d'aguts. D'aquesta manera, la diferent durada d'estada per episodi intentava valorar-ne la complexitat. Tot i que les estades s'han fet en diferents hospitals de diversa complexitat, s'ha optat per aplicar a totes el mateix preu. S'ha calculat de la manera següent. El cost per estada utilitzat ha estat el publicat en un estudi de despesa poblacional a Espanya per a hospitals. Si bé es refereix a l'any 2002, i nosaltres ens referim al 2006, s'ha aplicat la inflació corresponent per a un hospital, percentil 25, i ha resultat un valor de 665 € per estada. Alhora, aquest cost és comparable amb el que sorgeix en altres fonts.^{20, 21, 22}

Els episodis de cirurgia menor s'han valorat al cost mitjà d'aquests episodis a SSIBE (per a l'any 2006, 50,68 € / episodi).

2.7.2.3. Sistema d'assignació de costos de salut mental

L'IAS ens ha facilitat una taula de preus basada en la seva comptabilitat analítica. Per a l'atenció hospitalària es distingeixen estades de tipus agut i subagut. En el cas de les visites i sessions de tractament, ens han facilitat preus diferents per als casos atenció de pacients adults i infantils. S'ha aplicat el preu d'infantils als menors de 18 anys.

Els preus utilitzats consten en la taula següent:

	Preu	Unitat valoració
Visites salut mental adults	76,75 €	Visita
Visites salut mental infantil	92,99 €	Visita
Hospitalització salut mental aguts	205,41 €	Estada
Hospitalització salut mental subaguts	137,97 €	Estada

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

2.7.2.4. Sistema d'assignació de costos d'hospitals sociosanitaris

No ha estat possible l'obtenció de dades de cost dels diferents hospitals. Per aquest motiu, s'ha optat per utilitzar el mateix preu que les estades a SSIBE. S'ha calculat el preu mitjà de l'estada de SSIBE, que correspon a 93,91 €. D'aquesta manera, la diferent durada d'estada per episodi intentava valorar-ne la complexitat.

2.7.2.5. Cost de farmàcia

El CatSalut ens ha facilitat el consum farmacèutic ambulatori (receptes de farmàcia) dels residents de l'ABS SF, així com les prescripcions esteses als residents del Baix Empordà per part de proveïdors diferents a SSIBE i EAP SF. D'aquesta manera, s'ha pogut incorporar 1.215.268,39 € al cost farmacèutic de SSIBE.

Quant al cost farmacèutic, no ha estat possible incorporar el cost de la medicació ambulatoria de dispensació hospitalària prescrita fora de SSIBE.

2.7.3. Resum de costos

Per al càlcul del cost d'un pacient, es considera una variable de cost per a cada variable d'activitat, ja siguin internes de SSIBE com externes. La suma del cost imputat en cadascuna de les activitats correspon al cost del pacient en l'exercici.

Per facilitar la presentació dels resultats, aquestes variables s'han agrupat en 18 variables secundàries: atenció primària (visites de medicina i infermeria de família); atenció especialitzada (consultes especialistes); atenció ambulatoria de salut mental (visites i sessions de tractament ambulatori); proves diagnòstiques (laboratori, radiologia, endoscòpies, proves d'esforç, etc.); hospital de dia mèdic (sessions de tractament); hospital de dia sociosanitari; quiròfan (intervencions, incloses les de cirurgia ambulatoria i urgències); cirurgia menor (intervencions); diàlisi (sessions); rehabilitació (sessions de tractament); urgències; hospitalització d'aguts (cada dia d'hospitalització és un contacte); hospitalització de salut mental (cada dia d'hospitalització és un contacte); hospitalització sociosanitària (cada dia d'hospitalització és un contacte); medicina hiperbàrica (sessions de tractament), i altres (visites d'odontologia, podologia). A més, es recull el cost de farmàcia (inclou receptes de farmàcia, farmàcia hospitalària i medicació ambulatoria de dispensació hospitalària) i el cost de tractaments especials (pròtesis, hemoderivats). Per convenció, a les variables on no s'identificava cap despesa se'ls assignava un valor zero.

És igualment important detallar el que no s'hi inclou. Aquí s'han de comptabilitzar les visites de diagnòstic i seguiment relacionades amb hospitalitzacions fora de SSIBE i les partides expressades més amunt relacionades amb proves complementàries i consum farmacèutic. D'altra banda, no es comptabilitza el cost de les prestacions complementàries, que inclouria transport sanitari, prestacions ortopèdiques, oxigen domiciliari, CPAP i rescabaments.

2.8. Metodologia de treball

L'estudi té diversos estadis diferenciats: en primer lloc, la integració de la informació; després, el procés d'agrupació en CRG per comprendre la morbiditat poblacional. I finalment, l'anàlisi de la despesa sanitària individual i de la despesa sanitària segons morbiditat.

2.8.1. Integració de la informació

2.8.1.1. Població

La taula recull el desglossament de la població per ABS i compara la població de referència que estableix l'RCA per a la comarca del Baix Empordà amb el fitxer índex de pacients de SSIBE.

Entitat gestora	ABS	Any 2006			Any 2007		
		Població referència RCA 2007	Fitxer pacients SSIBE	Diferència	Població referència a RCA 2008	Fitxer pacients SSIBE	Diferència
SSIBE	La Bisbal d'Empordà	15.918	16.625	707	16.392	16.921	529
	Palamós	27.263	28.280	1.017	28.146	28.981	835
	Palafrugell	29.992	30.756	764	30.730	31.518	788
	Torroella de Montgrí	14.433	15.686	1.253	15.102	16.157	1.055
	Total SSIBE	87.606	91.347	3.741	90.370	93.577	3.207
ICS	Sant Feliu de Guíxols	33.446	30.948	- 2.498	34.733	32.107	- 2.626
Baix Empordà	Total	121.052	122.295	1.243	125.103	125.684	581

En aquest informe, la població de referència d'un any s'estableix un cop aquest ha finalitzat. Així, el tall de població en el fitxer de SSIBE es du a terme en finalitzar l'any natural, és a dir, el gener del 2007 s'estableix la població final de l'any 2006. En canvi, l'RCA estableix com a població de referència d'un any (p. ex. 2006) la que s'obté en un tall efectuat el mes de gener del mateix any. Per igualar ambdós criteris, comparem la població de referència de l'RCA de l'any següent amb el tall de població de SSIBE, ja que tots dos es fan aproximadament en el mateix mes.

Les diferències que s'aprecien s'expliquen per diferents motius. D'una banda, pels diferents moments en què s'ha efectuat el tall de població. D'una altra, a SSIBE vam considerar la població resident des del moment que contacten amb la nostra organització, encara que no s'hagi completat el tràmit d'obtenció del CIP i assignació definitiva. Finalment, les persones que no disposen de CIP perquè no estan empadronades a Catalunya, però que tenen assignat centre d'assistència i metge de capçalera (espanyols procedents de fora de Catalunya o estrangers), també les considerem residents a la comarca.

Les diferències a l'ABS SF obeeixen també a altres causes. La major part provenen del fet que són residents que no han contactat mai amb SSIBE. Una altra part pot ser perquè el CIP de què disposem a SSIBE no coincideix amb el CIP actual d'aquesta persona, atès que el CIP pot variar en el temps.

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

En veure aquestes diferències, es va fer una comprovació prèvia de la població d'aquesta ABS al fitxer de SSIBE. Es va comprovar si els residents de Sant Feliu dels quals es disposava d'informació de diagnòstics (usuaris crítics per a l'obtenció dels CRG) estaven inclosos en el fitxer de SSIBE. Aquesta comprovació va ser satisfactòria, i en tots els casos en què es disposava d'informació de morbiditat, estaven inclosos en el tall de SSIBE. Per tant, i per evitar riscos de creació de duplicats, es va optar per utilitzar com a població de Sant Feliu l'obtinguda a partir del fitxer de pacients de SSIBE, tot i que és inferior a l'establerta per l'RCA.

2.8.1.2. Informació dels registres del CMBD

A fi d'evitar duplicitats, s'han utilitzat solament les assistències prestades a pacients en centres aliens a SSIBE, seleccionant-les mitjançant la identificació de la unitat proveïdora. D'altra banda, seguint el criteri expressat més amunt, només s'han utilitzat els casos en què el CIP de l'assistència coincidia amb algun dels disponibles a SSIBE. En l'annex I es detalla la informació inclosa.

Es pot observar que la informació exclosa és relativament escassa. No obstant això, és cert que en algun cas particular podria ser rellevant, però hem preferit mantenir al màxim la coherència interna de la informació.

2.8.1.3. Informació dels registres d'activitat de l'ABS SF

La classificació utilitzada per a la codificació clínica dels episodis assistencials és una dificultat afegida, ja que en l'àmbit d'AP de l'ICS s'utilitza la CIM-10. Per integrar la informació de morbiditat amb la resta de registres, tots codificats amb la CIM-9, es va utilitzar una taula d'equivalències entre CIM-10 i CIM-9 facilitada per l'ICS. El problema radica en què aquestes equivalències no són unívokes. Finalment, per a l'any 2006 la taula següent mostra la informació disponible.

	Casos identificats
Pacients atesos	21.486
Episodis	267.263
Codis	150.718
Episodis/pacient	12,4
Codis/pacient	7,0
Codis/episodi	0,6

La taula posa de manifest que la codificació encara és relativament baixa. No obstant això, tal com s'expressa en l'apartat de resultats, ha estat suficient per tenir per primera vegada una aproximació a la morbiditat de l'ABS SF, que representa el 25% dels residents a la comarca.

Per a la valoració econòmica de l'activitat d'aquest EAP, l'obtenció dels costos de les visites de primària s'ha efectuat amb les dades referides al tancament pressupostari de cada any analitzat. S'ha construït un sistema d'URV en funció del tipus de visites efectuades i a partir de l'ordre de fixació de preus públics de l'ICS. Amb aquestes URV s'ha distribuït el pressupost assignant preus a cada tipus de visita feta.

2.8.1.4. Informació de consum farmacèutic de l'ABS SF

Per construir aquesta informació, el procés ha estat similar al que s'utilitza en les ABS gestionades per SSIBE, ja que el CIP és correcte en la majoria dels casos.

2.8.2. Agrupació en CRG

S'han identificat els pacients considerats residents segons els criteris expressats més amunt. Una vegada seleccionats, s'han extret els codis existents en el sistema informàtic corresponents a l'any que s'estava analitzant. Aquesta informació s'ha introduït en el fitxer de text que tenia les característiques necessàries per ser introduït en l'agrupador.^(6, 8, 19)

Les dades que resumeixen aquesta informació es troben reflectides en aquesta taula:

	Any 2006
Residents	122.295
Residents amb almenys 1 codi	93.471
Contactes amb almenys 1 codi	744.026
Total de codis	1.033.465
Nre. codis CIM de diagnòstics diferents	8.523
Nre. codis CIM de procediments diferents	1.680
Codis per resident	7,4
Codis per episodi	1,4

L'agrupador retorna un fitxer on es recullen els resultats de l'agrupació.

Per cada any, es disposa del CRG, ACRG1, ACRG2 i ACRG3 de cadascun dels models que permet el sistema.

Es disposa igualment dels CRG base. Els CRG base són un pas intermedi en el procés d'agrupació que el programari de CRG utilitza com a base per a l'assignació dels diferents nivells de gravetat que finalment donen lloc als CRG. El model concurrent té un total de 299 CRG base.

Per a la descripció de perfils de malaltia, hem agrupat diversos CRG base. Es tracta d'una agrupació que no proporciona directament el programari de CRG, i que s'ha utilitzat per posar de manifest altres possibilitats d'utilització de la informació que proporciona el programari.

En l'annex II es mostren per cada patologia escollida els diferents CRG base utilitzats.

S'ha agrupat la informació en dos moments diferents: abans de disposar de la informació de les fonts externes a SSIBE i després d'afegir aquesta informació. D'aquesta manera, s'ha pogut establir la influència que la informació externa té en el procés d'agrupació.

2.8.3. Càlcul de les dades assistencials i de costos de SSIBE

Es du a terme un recompte de cadascuna de les prestacions definides per pacient. És a dir, per cada pacient atès se sap el nombre de vegades que ha utilitzat cadascuna de les prestacions definides. Com que no tots els pacients són atesos en totes les unitats assistencials, cal en primer lloc crear un agregat de totes les persones diferents que han estat ateses durant l'any. Posteriorment, i utilitzant com a referència aquesta base de dades de pacients, s'incorpora a cadascun el recompte d'activitat de cadascuna de les prestacions establertes. A les prestacions on no s'identifica cap activitat se'ls assigna un valor zero.

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

El recompte de l'activitat en cadascuna de les prestacions és el que s'utilitza per a l'obtenció dels costos mitjans de les diferents prestacions. La suma de tots els contactes d'una persona és l'activitat total d'aquesta persona. La suma de tots els contactes de tots els pacients és l'activitat total atesa. Aquest valor és el que s'utilitza per al repartiment del cost d'estructura, de manera que s'assigna més cost d'estructura al pacient que més contactes fa.

2.8.4. Càlcul de les dades assistencials i de costos fora de SSIBE

Les dades assistencials i de costos s'han recollit mitjançant la creació de noves prestacions (per exemple, dies d'hospitalització d'aguts no-SSIBE, visites ambulatories de salut mental o visites d'atenció primària, etc.). Per mantenir la coherència interna de la informació de SSIBE i la del conjunt de l'estudi, s'han creat noves prestacions que inclouen el conjunt de les de SSIBE i fora de SSIBE (per exemple, dies totals d'hospitalització o visites de primària, etc.).

En el cas del cost farmacèutic s'ha procedit de la mateixa manera, ja que s'han detectat prescripcions farmacèutiques creuades entre les diferents ABS.

2.8.5. Resum de dades assistencials i de costos inclosos en l'estudi

Com s'ha indicat, la població atesa supera la població resident. Per això, encara que es compta tota l'activitat duta a terme i s'inclouen tots els costos de SSIBE per a aquestes prestacions assistencials, aquest estudi inclou només una part de l'activitat efectuada i els costos incorreguts.

2.8.6. Creuament de dades assistencials i de morbiditat

L'últim pas del procés consisteix a creuar els resultats del procés d'agrupació de CRG i les dades d'activitat i costos. Com que hi ha residents no atesos, se'ls assigna en totes les prestacions d'activitat i costos un valor zero per convenció.

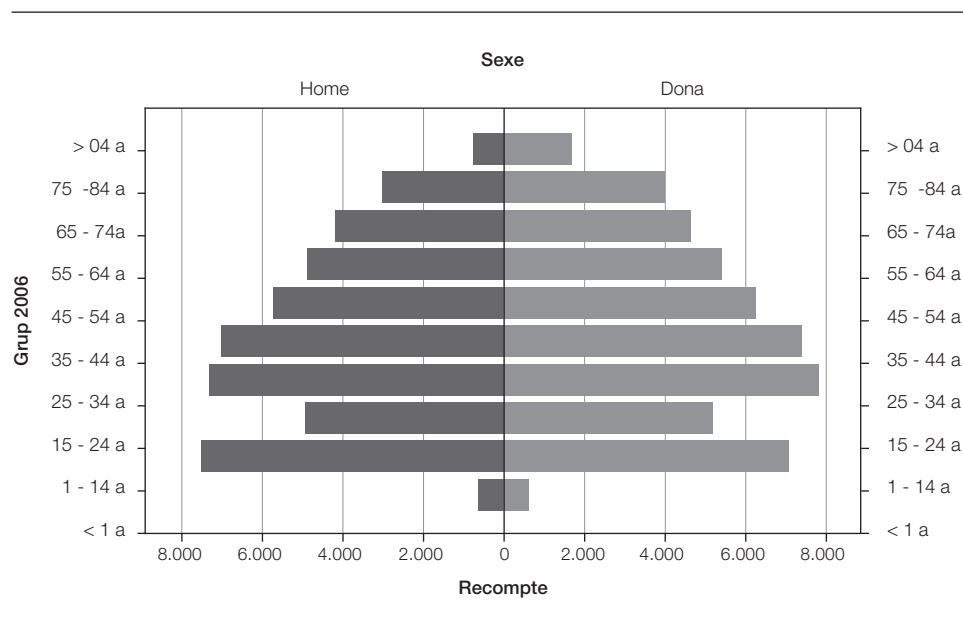
3. Resultats

3.1. Identificació de la població

L'any 2006 es van identificar com a residents a la comarca del Baix Empordà un total de 122.295 persones, tot i que van ser ateses un total de 139.560 persones. De les 139.560 persones ateses, 40.345 (28,9%) no eren residents. La distribució de persones analitzades per ABS s'indica en la taula següent.

ABS	N	%
BI	16.625	13,6%
PA	28.280	23,1%
PF	30.756	25,1%
SF	30.948	25,3%
TO	15.686	12,8%
Total	122.295	100,0%

Globalment, la distribució per sexes és la mateixa (50,1% home). L'edat mitjana és 39,82 anys (d. e. 22,64 a). L'edat mitjana de les dones és dos anys superior a la dels homes (40,89 enfront de 38,75 a). La figura de la pàgina següent mostra la distribució per sexe i per grup d'edat de la població del Baix Empordà l'any 2006.



La proporció de persones de nacionalitat estrangera a la comarca és elevada. S'ha pogut identificar a partir de la nacionalitat administrativa recollida en el registre de l'RCA, que ha estat informada en 92.455 persones (90,9% del total). En la taula següent es mostren els resultats en la població en què ha estat possible aquesta identificació.

ABS	Nacionalitat			
	Espanyola		Estrangera	
	N	% de la fila	N	% de la fila
BI	13.620	85,4%	2.323	14,6%
PA	23.000	84,7%	4.140	15,3%
PF	23.780	80,9%	5.628	19,1%
SF	20.932	86,8%	3.182	13,2%
TO	11.123	77,3%	3.266	22,7%
Total	92.455	83,3%	18.539	16,7%

Cal assenyalar l'elevada proporció d'estrangers a les ABS PF i TO, al voltant del 20%, mentre que a BI i PF es troba per damunt del 15%. El nivell més baix és a l'ABS SF, tot i que podria estar relacionat amb el nivell d'exhaustivitat d'aquesta informació en aquesta ABS, ja que no es disposava d'aquesta dada en el 22,1% de les persones.

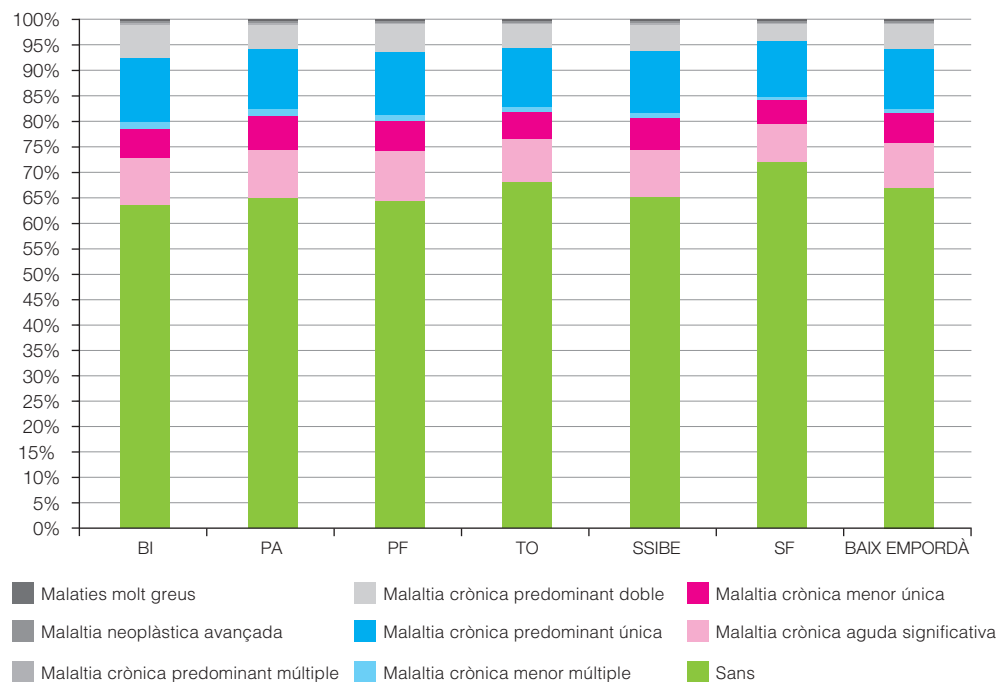
Les nacionalitats més freqüents són: Marroc (8.338 persones; 7,5% del total de la població identificada, 45% del total d'estrangers); Romania (1.659 persones; 1,5% del total de la població identificada, 9% del total d'estrangers). Les següents són Argentina, Equador, Regne Unit, Bolívia, Colòmbia, Gàmbia i Hondures. Aquests països tenen entre 450 i 700 persones, xifra que representa entre el 2-4% de la població estrangera en cada grup. El conjunt d'aquests nou països de procedència agrupen el 75% del col·lectiu estranger.

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

3.2. Identificació de la morbiditat

En aquesta línia d'estudis és la primera vegada que disposem de la informació de l'atenció primària de salut (APS) a l'ABS SF. La figura 1 mostra el perfil de salut poblacional per ABS i en conjunt utilitzant el nivell més alt d'agregació del sistema, és a dir, el d'estats de salut (ACRG3 sense nivells de gravetat), i la taula 1 inclou els ACRG3 amb nivells de gravetat.

Figura 1: Distribució de la població per estat de salut (ACRG3 sense nivells de gravetat) i ABS (any 2006)



En conjunt, el 67% de la població ha estat classificada en la categoria de sans, que inclou dos grups diferenciats: els sans no-usuaris (ACRG3 11), que agrupen el 23,6% de la població, i la resta de categories de sans (ACRG3 10, 12, 13, 14, 15 i 16), que signifiquen el 43,3% de la població. Per facilitar la utilització de la categoria de sans no-usuaris, hem efectuat una petita modificació en el resultat de l'agrupació de CRG. Així, les persones classificades originalment en l'ACRG3 11 de sans no-usuaris però en les quals s'ha detectat un cost major a zero han estat reclassificades en l'ACRG3 10 de sans. D'aquesta manera, en la categoria ACRG3 11 de sans no-usuaris només romanen aquells que tenen un cost zero, la qual cosa és més coherent amb la descripció de la categoria (taula 1).

Aquest canvi afecta 6.561 persones (5,3%), i ho fa de manera diferent a les ABS de SSIBE i d'SF. A SSIBE, les persones afectades són 2.847, on el percentatge de sans no-usuaris passa de 21,7% a 18,5%. A SF, n'afecta 3.714, on el percentatge de sans no-usuaris passa de 29,2% a 17,2%. D'aquesta manera, es pot observar que totes les ABS de la comarca presenten finalment un 17-18% de la població classificada en la categoria de sans no-usuaris, cosa que sembla més coherent (taula 1).

Un 8,5% de la població presenta malalties agudes significatives en el període d'anàlisi; un 7% té malalties cròniques menors (única o múltiples); un 17% té una o més malalties cròniques dominants, i un 0,5% presenta malalties neoplàstiques avançades o situacions catastròfiques. La figura 1 ofereix una visió global d'aquestes dades.

L'anàlisi per ABS permet observar que a SF la proporció de pacients classificats com a sans és 7 punts més gran que en el conjunt de les àrees de SSIBE. La causa principal d'això són les mancances de la codificació en primària. Ara bé, el resultat és satisfactori, ja que en la sèrie històrica de SSIBE se situaria en una posició equivalent a la de l'any 2002-2003, període en què es va poder dur a terme l'anàlisi de consum farmacèutic basat en morbiditat. Aquest efecte de la menor qualitat de codificació es posa de manifest igualment en la resta de categories, on respecte de SSIBE s'aprecia una menor proporció de pacients en totes les categories.

A la taula 2 es mostra la distribució de casos en els 25 CRG base més freqüents l'any 2006. Hem diferenciat entre les ABS gestionades per SSIBE i SF. Efectivament, existeixen petites diferències a causa de la qualitat de la informació. En tot cas, el més significatiu és que amb aquests CRG s'agrupa el 83-85% de la població, fet que dóna un idea de la utilitat del sistema per localitzar els grups de pacients amb morbiditat més freqüent.

El perfil de càrrega de malaltia en l'àmbit poblacional es pot analitzar utilitzant els nou grups d'estat de salut que engloben els ACRG3. L'anàlisi per edat i sexe de l'any 2006 es mostra en la figura 2. S'hi pot observar que, a mesura que augmenta l'edat, augmenta la càrrega de malaltia en cada tram d'edat. No obstant això, en cap grup d'edat la taxa de pacients sans disminueix per sota del 33% en cap dels sexes. En els majors de 84 anys es produeix un increment de la taxa de persones sanes.

Figura 2: Distribució de la càrrega de morbiditat per sexes i grups d'edat (any 2006)



La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

S'ha fet una comparació entre els resultats d'agrupació de CRG utilitzant només la informació procedent de SSIBE o bé el conjunt d'informació clínica disponible a partir de les fonts externes, que incorpora l'activitat de l'EAP SF, salut mental i serveis de fora el territori. La taula següent mostra els resultats de la variació de CRG (el nivell més desagregat d'informació) i els CRG base (que implica tan sols una variació de nivell de gravetat).

ABS	Sense canvis		Sols canvi nivell gravetat		Canvi CRG	
BI	16.551	99,60%	2	0,01%	72	0,43%
PA	28.146	99,50%	4	0,01%	130	0,46%
PF	30.677	99,70%	2	0,01%	77	0,25%
TO	15.629	99,60%	3	0,02%	54	0,34%
Subtotal SSIBE	91.003	99,62%	11	0,01%	333	0,36%
SF	18.921	61,10%	171	0,55%	11.856	38,31%
Total	109.924	89,90%	182	0,15%	12.189	9,97%

Es pot observar que a SSIBE la informació externa tot just modifica la classificació en el 0,4% dels residents, cosa que significa que la relació dels usuaris amb SSIBE permet un coneixement adequat de la morbiditat.

Els canvis de CRG a SSIBE afecten 333 persones. D'aquestes, 175 (53%) estaven classificades a SSIBE com a sans no-usuaris; 72 (22%), com a sans usuaris; 73 (22%), en diverses categories de malalties cròniques diverses, i 13 (3%), en la categoria de malalties agudes (taula 3).

En disposar de la informació externa, 154 dels no-usuaris (88%) han passat a la categoria de sans. Les 21 persones restants es distribueixen entre malalties agudes (3), malalties cròniques (14) i situacions catastròfiques (3). Aquesta distribució significa que no estan sent ateses a SSIBE i, per elecció pròpia o per la seva patologia, estan sent ateses fora de SSIBE (taula 3).

Dels 72 pacients considerats sans a SSIBE romanen en aquesta categoria 26 (36%), mentre que, els restants, la informació externa permet classificar-los en categories d'aguts o crònics i fins i tot catastròfics (taula 3). La consideració efectuada per als usuaris sobre una atenció externa també serveix per a aquest grup.

Les 86 persones restants són classificades en categories que indiquen major gravetat (més malalties cròniques o situacions catastròfiques). En aquest cas, la lectura que cal fer és diferent. Probablement s'estan tractant de manera especialitzada patologies que no poden ser assumides a SSIBE.

A l'ABS SF els canvis són molt importants (39% de les persones), però depenen fonamentalment de la incorporació de la informació dels contactes amb l'EAP.

Un desglossament més detallat d'aquests canvis es mostra en la taula 3, que indica l'estat de salut final després de la incorporació de la informació externa SSIBE

3.3. Identificació d'activitat i costos

L'any 2006, la població resident al Baix Empordà va fer un total d'1.389.150 contactes amb els serveis sanitaris, dels quals 1.090.318 (78,5%) van ser amb SSIBE, 267.625 (19,3%) van ser amb l'EAP SF i, la resta, 31.207 (2,2%), amb dispositius de salut mental o centres especialitzats d'atenció d'aguts i atenció sociosanitària de fora de la comarca. La taula següent recull l'activitat per ABS i localització de l'activitat.

Entitat	ABS	Activitat sanitària total		Activitat sanitària SSIBE		Activitat sanitària externa a SSIBE	
		Suma	Mitjana	Suma	Mitjana	Suma	Mitjana
ICS	SF	406.669	13,14	127.814	4,13	278.855	9,01
SSIBE	BI	186.103	11,19	179.608	10,80	6.495	0,39
	PA	338.447	11,97	331.850	11,73	6.597	0,23
	PF	320.129	10,41	314.329	10,22	5.800	0,19
	TO	141.291	9,01	136.717	8,72	4.574	0,29
	SSIBE	985.970	10,79	962.504	10,54	23.466	0,26
Total	Total	1.392.639	11,39	1.090.318	8,92	302.321	2,47

La taula 4a recull un detall de tots els tipus d'activitat identificats, amb relació a la població resident a la comarca. Es duen a terme com a terme mitjà uns 11,4 contactes per persona i any amb el sistema sanitari. La majoria d'aquests es duen a terme amb els dispositius d'atenció primària (6,8 contactes/any; 59,5% total contactes). Els contactes amb l'assistència especialitzada ambulatoria (consultes externes i urgències) poden estar lleugerament infravalorats, ja que només es disposa d'aquesta informació quan s'efectua a SSIBE.

La taula 4b recull les dades per a la població que realment utilitza els serveis. S'aprecia que el 78,5% de la població ha contactat almenys una vegada en l'any. En canvi, un 21,5% de la població no ha contactat en cap moment. El servei més utilitzat és l'APS, on acudeix gairebé el 75% de la població; al 46% se li fa una prova diagnòstica; un 29% és atès a les consultes d'atenció especialitzada, inclosa la salut mental, i un 21% va a urgències hospitalàries. La resta de serveis analitzats l'utilitza menys del 5% dels residents al Baix Empordà.

Pel que fa a l'anàlisi de costos, l'any 2006 s'ha calculat un cost total de 92.007.244,21 € en l'assistència sanitària dels residents del Baix Empordà, inclòs el cost de farmàcia, cosa que representa un cost mitjà de 752,34 € / persona resident (taula 5a).

El cost dels serveis prestats als centres de SSIBE és de 66.752.264,15 € (72,55% del total), i com s'ha explicat, està totalment calculat segons costos reals i inclou realment la totalitat dels serveis. Per a la resta del cost calculat, 25.254.980,06 € (27,45%), s'han seguit els criteris expressats en l'apartat de mètodes. El cost de farmàcia s'assigna directament al pacient. Els costos per ABS es reflecteixen en la taula de la pàgina següent:

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Entitat	ABS	Activitat sanitària total		Activitat sanitària SSIBE		Activitat sanitària externa a SSIBE	
		Suma	Mitjana	Suma	Mitjana	Suma	Mitjana
ICS	SF	23.325.684,92	753,71	9.588.721,05	309,83	13.736.963,87	443,87
SSIBE	BI	12.590.278,80	757,31	9.865.193,33	593,40	2.725.085,48	163,91
	PA	23.682.684,22	837,44	20.007.943,01	707,49	3.674.741,21	129,94
	PF	22.493.511,96	731,35	19.505.232,09	634,19	2.988.279,87	97,16
	TO	9.915.084,30	632,10	7.785.174,68	496,31	2.129.909,62	135,78
	SSIBE	68.681.559,29	751,88	57.163.543,10	625,78	11.518.016,18	126,09
Total	Total	92.007.244,21	752,34	66.752.264,15	545,83	25.254.980,06	206,51

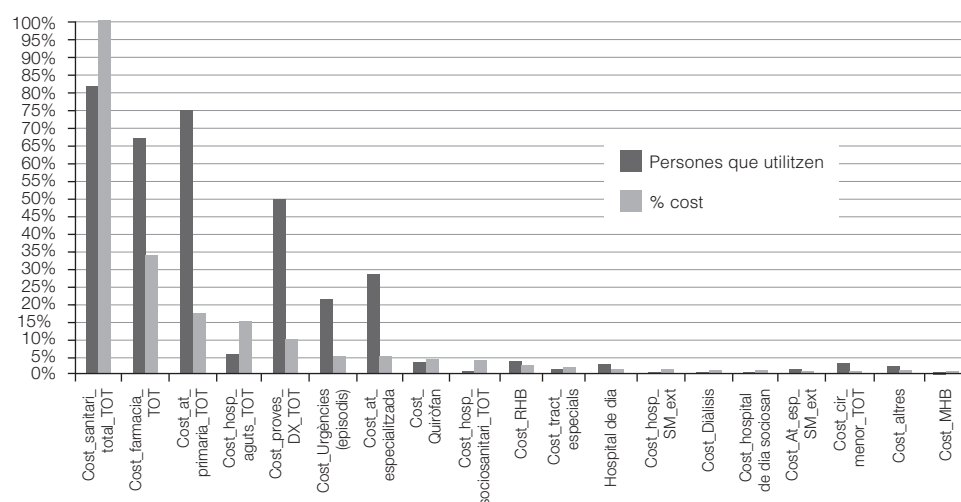
Si es considera el conjunt de l'activitat i costos, s'observa que els residents a les àrees bàsiques de SSIBE duen a terme el 97% dels contactes directament amb centres de SSIBE, malgrat que només representen el 83% dels costos.

A l'ABS SF la freqüentació mitjana és un 22% més alta que a SSIBE (13,14 enfront de 10,79 contactes/any), però el cost mitjà per pacient és lleugerament superior al cost mitjà de SSIBE. Aquesta circumstància pot estar indicant problemes d'assignació de costos, fonamentalment en les visites d'APS, el cost de laboratori i el de la radiologia, ja que per a la resta de la informació els criteris són homogenis.

La taula 5b ens permet observar que els costos de les diferents activitats són molt diferents quan es considera tan sols la població consumidora. En primer lloc, s'aprecia que consumeix el 81% de la població. Aquest percentatge és lleugerament superior al de persones en les quals s'ha identificat activitat assistencial, fet que se sol explicar pel consum de farmàcia.

El consum de farmàcia representa un terç del cost total, i només el duen a terme dues de cada tres persones. Els costos mitjans dels pacients que necessiten diàlisi, hospitalització psiquiàtrica o hospitalització en centres sociosanitaris són els més elevats, però afecten només un nombre reduït de persones. En conjunt, suposen el 5,6% dels costos i inclouen tot just el 0,6% de les persones. La figura 3 representa la proporció de persones consumidores i la proporció de cost que representen cadascun de les activitats analitzades.

Figura 3: Persones que utilitzen i cost dels diferents recursos sanitaris de la població del Baix Empordà (any 2006)



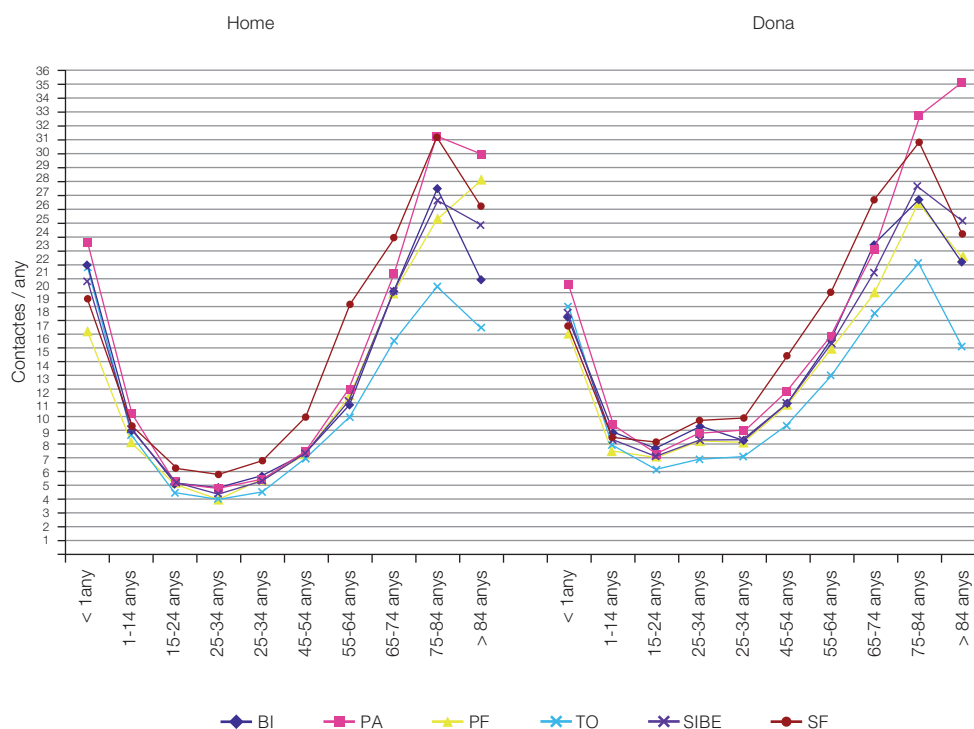
L'activitat i els costos inclosos en l'anàlisi final a partir de la informació de les fonts externes a SSIBE es mostra a la taula 6 de manera desglossada. L'element més rellevant és l'hospitalització d'aguts (19.047 estades, 61% contactes externs a SSIBE o EAP SF), que representa el 38% de les estades totals. Les estades en hospitals psiquiàtrics representen un 16% del conjunt de contactes externs, i les visites ambulatòries en salut mental un altre 10% del total. Les estades en hospitals sociosanitaris de fora de la comarca representen una mica menys del 10% del total.

En termes de cost, resulta important destacar que la prescripció de farmàcia efectada per proveïdors diferents de SSIBE (1.215.268,39 €) representa el 5,8% del cost de farmàcia de SSIBE. Cal recordar que aquesta quantitat només es refereix a la prescripció de receptes ambulatòries, i que no inclou la medicació ambulatoria de dispensació hospitalària externa a SSIBE. Mentre siguin correctes els criteris de càlcul de costos de les activitats externes a SSIBE, es pot valorar la importància en el còmput global dels costos (taula 4, taula 5).

3.4. Anàlisi d'activitat i costos segons edat i sexe

La distribució de l'activitat per edat i sexe mostra un perfil conegut, amb una alta intensitat en el primer any de vida, que es va reduint fins arribar als mínims en la franja dels 15-35 anys, quan torna a pujar progressivament fins mostrar una lleugera disminució a partir dels 84 anys. La freqüentació de les dones és major entre els 15 i els 75 anys. Hi ha diferències importants segons l'ABS, i la freqüentació major la trobem en els residents a SF. En les edats extremes, aquestes diferències són molt més marcades (taula 7, figura 4).

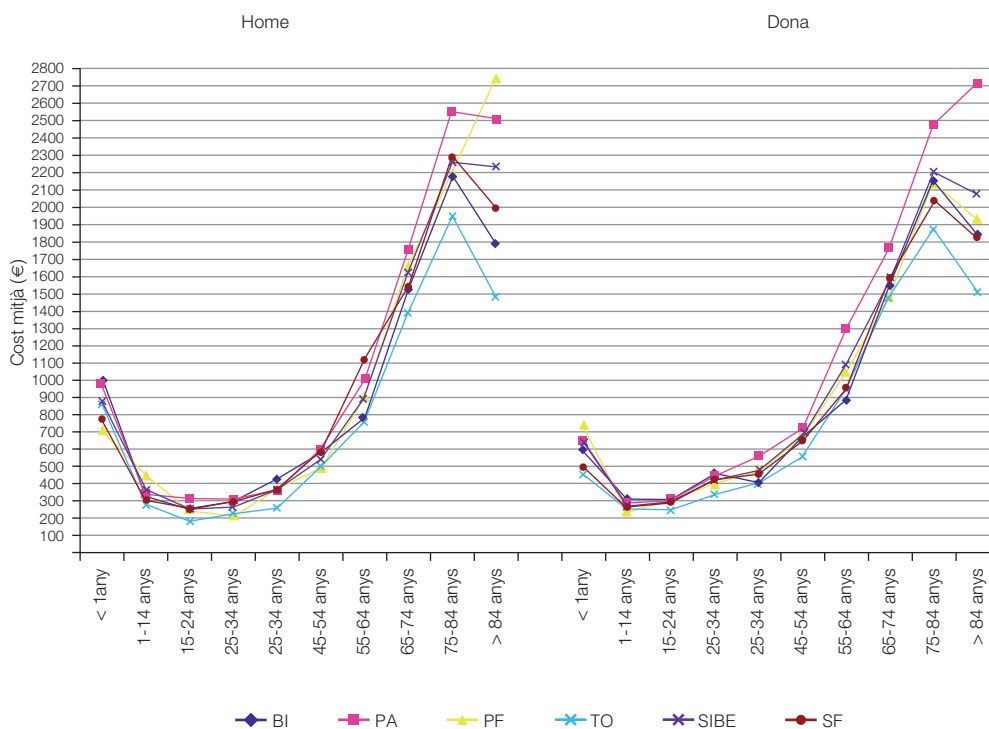
Figura 4: Utilització dels recursos sanitaris per sexes, grups d'edat i ABS (any 2006)



La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

La distribució de costos per grup d'edat i sexe és similar a la d'activitat. El més significatiu és que la major freqüentació observada en els residents a SF no es tradueix en un major cost. Això ens pot estar indicant un cert problema d'assignació de costos que ja hem assenyalat més amunt (taula 8, figura 5).

Figura 5: Costos dels recursos sanitaris per sexes, grups d'edat i ABS (any 2006)



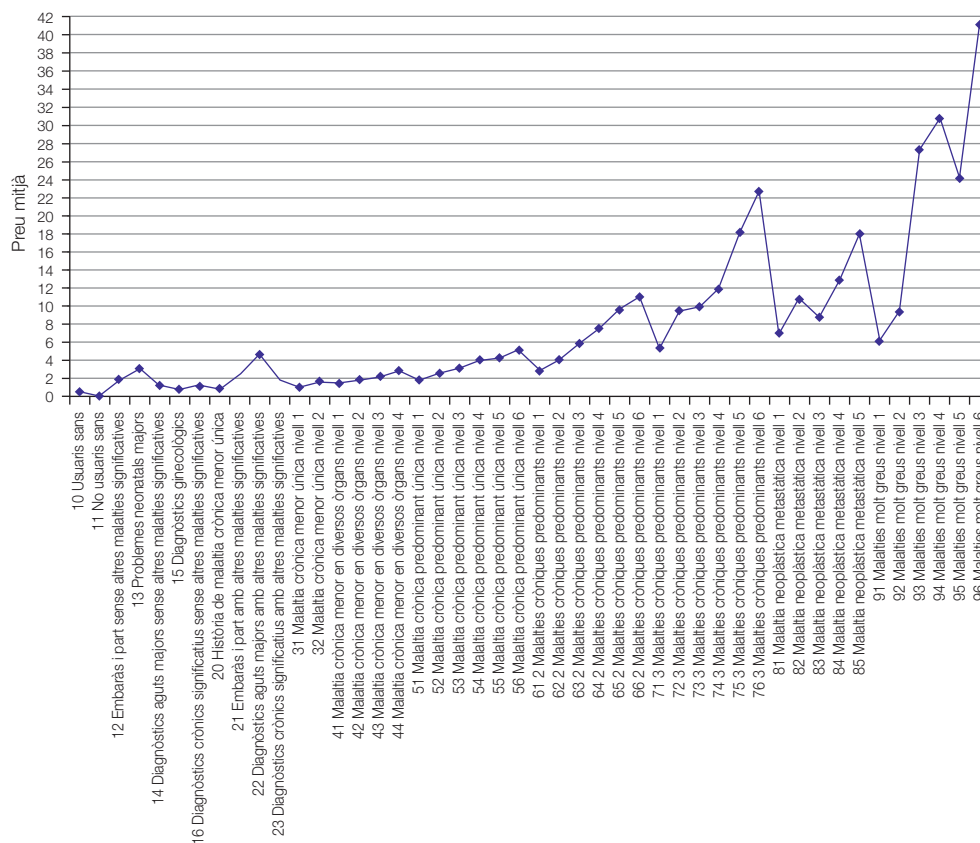
3.5. Anàlisi d'activitat i costos segons morbiditat

L'anàlisi de l'activitat i el cost segons morbiditat mostra que a major càrrega de malaltia, major necessitat de cures i costos.

La taula 9 recull l'activitat sanitària total desglossada per ACRG3. El nombre de contactes anuals és 11,4, però oscil·la entre els 6,5 per a les persones sanes als 208 contactes anuals de les persones classificades en la categoria 96 de condicions catastròfiques de nivell 6. Les persones sanes, que suposen el 45% de la població, tot just efectuen el 26% dels contactes.

Aquestes diferències es tradueixen també en diferències de cost dels diferents ACRG3 (taula 10). En termes de pes mitjà, les variacions van de 0,3795 a 41,1760. És a dir, entre el grup de persones sanes i el classificat com a condicions catastròfiques de nivell 6 hi ha una diferència de cost de 108 vegades (figura 6).

Figura 6: Pes mitjà per ACRG3 de la població del Baix Empordà (any 2006)



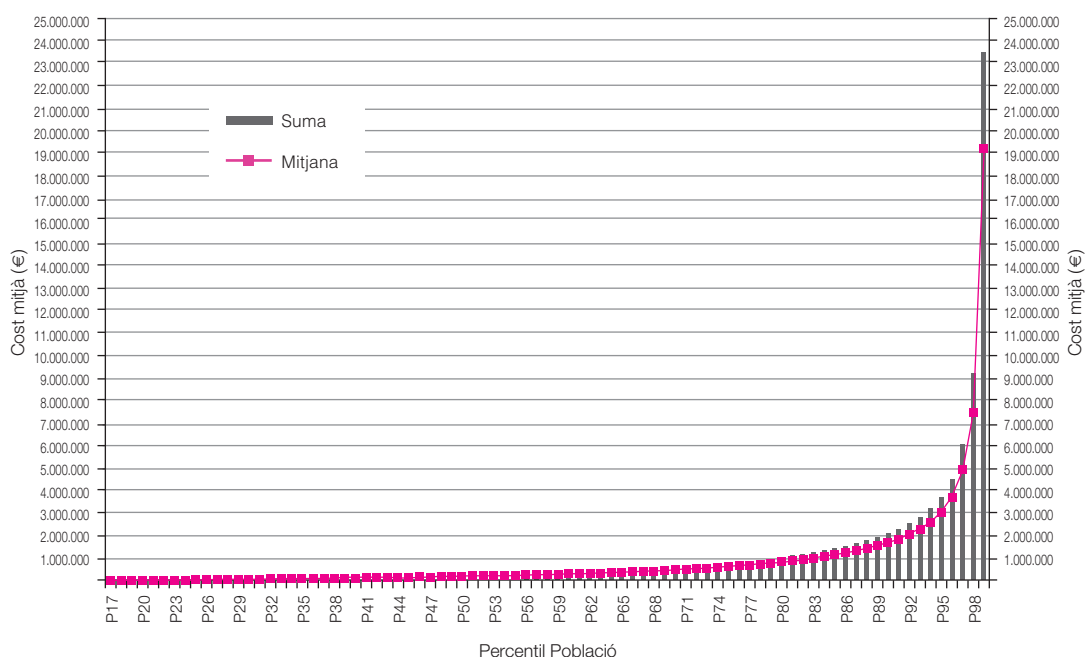
En els últims anys hi ha una preocupació per l'acumulació de diverses patologies cròniques en les mateixes persones, i s'està prestant especial atenció a la salut mental.^(24,25) Per aquest motiu, s'ha elaborat una anàlisi particular d'aquestes condicions, basant-se en tres grups particulars: patologies cròniques (s'hi han inclòs la diabetis mellitus, hipertensió arterial, insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica, asma, malaltia cerebrovascular, cardiopatia isquèmica, demències, insuficiència renal crònica i malaltia per VIH); malaltia neoplàstica i salut mental. Per a això, s'han seleccionat els CRG base de cadascuna d'aquestes categories. En l'annex II es recullen els CRG base utilitzats. Totes aquestes categories són mútuament excloents entre elles.

En conjunt, aquests tres grups de patologies inclouen 16.516 persones (13,5%) de la població i suposen el 33% dels contactes assistencials, el 43% del cost total sanitari i el 52% del cost farmacèutic. Les taules 11, 12 i 13 mostren un desglossament per CRG base d'aquestes tres categories, inclosos l'activitat total, el cost total i el cost farmacèutic. Els diferents CRG es mostren ordenats per freqüència en ordre decreixent per facilitar la lectura dels principals problemes de salut.

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

L'acumulació de costos en poques persones es posa de manifest en la figura 7, on es pot apreciar com l'1% de la població (1.211 persones) que més consumeix suposa una despesa de 23.478.250,10 € (25,5% de la despesa total), amb un consum mitjà de 19.212,97 € per persona. D'aquestes persones, el 57% presenta alguna malaltia crònica; el 19%, malaltia neoplàstica avançada o condicions catastròfiques; el 13%, patologies agudes significatives, i el 7% restant (87 persones) són classificades com a sanes.

Figura 7:
Concentració
de costos
per percentils
de població
(any 2006)



3.6. Anàlisi d'activitat i costos segons morbiditat per ABS

El programari de CRG inclou cada pacient en un sol grup. D'aquesta manera, totes les persones classificades en un mateix grup tenen característiques clíniques similars. Això permet establir mesures de monitoratge de la variabilitat de la pràctica mèdica.

L'àmbit de comparació ha estat l'ABS de residència del pacient. Hem considerat que el valor mitjà de la població completa de la comarca de qualsevol de les mesures utilitzades era el nivell desitjable (benchmark). Els valors es mostren en les taules 14, 15 i 16 (només es mostren els 25 CRG base més freqüents).

Per al càlcul de les taxes esperades, s'obtenia per cada CRG base el producte del valor de la taxa per comarca pel nombre de pacients classificats en cada CRG base en cada ABS. Després, hem comparat els valors acumulats esperats per cada taxa amb els valors acumulats realment obtinguts en cada ABS.

Els resultats obtinguts es mostren en les taules següents:

	Cost sanitari total	Real		Esperat		Índex real/esperat
	Persones	Suma(€)	Mitjana(€)	Suma(€)	Mitjana(€)	
ABS						
BI	16.625	12.590.279	757,31	13.242.272	796,53	0,9508
PA	28.280	23.682.684	837,44	22.168.843	783,91	1,0683
PF	30.756	22.493.512	731,35	24.263.364	788,90	0,9271
TO	15.686	9.915.084	632,10	10.934.373	697,08	0,9068
SF	30.948	23.325.685	753,71	21.398.392	691,43	1,0901
Total	122.295	92.007.244	752,34			

	Cost farmàcia total	Real		Esperat		Índex real/esperat
	Persones	Suma(€)	Mitjana(€)	Suma(€)	Mitjana(€)	
ABS						
BI	16.625	3.948.405,38	237,50	4.316.092,90	259,61	0,9148
PA	28.280	7.117.490,40	251,68	6.782.816,32	239,84	1,0493
PF	30.756	6.938.043,24	225,58	7.451.178,72	242,27	0,9311
TO	15.686	2.988.975,64	190,55	3.402.793,17	216,93	0,8784
SF	30.948	7.739.917,40	250,09	6.779.950,94	219,08	1,1416
Total	122.295	28.732.832,05	234,954			

En tots els paràmetres analitzats es pot observar com les ABS de Palamós i Sant Feliu mostren valors per sobre dels esperats, mentre que la resta ho fa en el sentit contrari.

Aquesta comparació no pretén en aquest moment fer cap valoració sobre la major o menor eficiència d'unes àrees bàsiques respecte de les altres, sinó posar de manifest que és possible dur a terme processos de *benchmarking* una vegada ajustats per morbiditat. Cal assenyalar que s'ha triat una comparació macro però que es podria fer per tipus d'activitat, per tipus de cost i, fins i tot, per tipus de patologia.

4. Discussió

La finalitat d'aquest informe és identificar i analitzar la despesa sanitària pública total de la població resident en un determinat territori en funció de la morbiditat atesa. Això ha estat possible gràcies al fet de disposar de les dades de morbiditat codificades i, alhora, d'un agrupador que permet agregar les malalties que presenten els individus, així com d'un sistema que permet calcular els costos reals i assignar-los individualment.

Una primera característica important és que la població analitzada és relativament petita (unes 125.000 persones). D'aquesta manera, el nombre de pacients inclosos en algunes de les categories de CRG és relativament baix. Així, en el màxim nivell de desagregació només hi trobem 198 CRG (18% dels possibles) amb 30 o més pacients per grup. No obstant això, aquests 198 CRG comprenen el 97% dels pacients inclosos en l'estudi. En el nivell de CRG base amb 159 categories (54% de les possibles) s'hi agrupen 30 o més pacients per categoria, agrupant un total del 99% de la població

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

estudiada. Considerem que aquests resultats són satisfactoris, però resulta convenient manifestar-los per posar en context algunes de les dades obtingudes. A més, cal tenir en compte la diferent exhaustivitat, i potser qualitat, en la codificació dels episodis en una de les ABS, així com la dificultat afegida d'haver de traduir la CIM-10 a la CIM-9 per a l'activitat d'aquest EAP.

En aquest estudi s'ha inclòs pràcticament la totalitat dels contactes assistencials que porta a terme una població amb el sistema sanitari. De fet, només n'han quedat fora les urgències, les visites de consultes externes i l'activitat ambulatoria en la resta d'hospitals de Catalunya. No es disposa d'un CMBD de tota aquesta informació que pogués complementar la informació de SSIBE. Tanmateix, sembla plausible considerar que afegirien poc a la identificació de la morbiditat, probablement molt poc als costos absoluts, amb la possible excepció de la medicació ambulatoria de dispensació hospitalària en alguns grups molt concrets, i gairebé res significatiu als costos relatius segons morbiditat. Una altra cosa és que cal tenir present que hi ha població que pot no utilitzar els serveis finançats públicament i, per tant, aquesta informació no ha estat objecte d'anàlisi.

Per al càlcul dels costos s'ha seguit un sistema combinat. Els costos incorreguts a SSIBE responen a costos reals produïts en el context de SSIBE. No s'ha fet servir cap tarifa per a aquest càlcul. El mètode utilitzat en la imputació de costos s'ha basat en les dedicacions reals dels professionals i els recursos que s'han utilitzat per al tractament. Aquest aspecte, que confereix a les dades una alta consistència interna, respon a la realitat de SSIBE i, en aquest sentit, cal utilitzar-les amb prudència quan s'extrapolin a àmbits diferents al descrit. Per a la resta dels costos, s'han seguit els criteris expressats en la metodologia. Mentre aquests criteris siguin encertats, les estimacions fetes tindran més valor. En aquest apartat també s'apunten mancances derivades de la valoració de l'activitat no inclosa, així com de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria que s'hagi pogut subministrar a residents del Baix Empordà en altres hospitals de Catalunya.

Les dades presentades posen de manifest la importància de considerar la morbiditat com a factor determinant en els costos que es generen en l'assistència sanitària.

Els perfils de morbiditat de l'ABS no gestionada per SSIBE són lleugerament diferents als de la resta (figura 1).^(6, 7, 8) La diferència en la qualitat i quantitat de codificació sembla la raó fonamental d'aquestes diferències. Tot i que ja hem assenyalat en l'apartat de metodologia les dificultats trobades, el perfil obtingut és perfectament comparable al d'anys anteriors en les ABS gestionades per SSIBE, quan els nivells de codificació eren més baixos.⁽⁶⁾

La càrrega de malaltia de la població s'incrementa amb l'edat fins als 84 anys, on es produeix una disminució (figura 2). Aquest és un fenomen que es repeteix sistemàticament i ja és descrit per altres autors.^(26, 27) Hem inclòs una comparativa de càrrega de malaltia entre ambdós sexes. Si bé l'evolució és similar, s'hi aprecien lleugeres diferències. Aquestes diferències podrien explicar-se per l'ús diferent que en fan homes i dones, ja que més homes són classificats com a sans en els trams d'edat on menys utilitzen el sistema sanitari.

En aquest estudi, on a diferència d'estudis anteriors efectuats sobre el mateix àmbit poblacional però només en relació amb els serveis prestats a centres de SSIBE,^(7, 8) s'hi han incorporat l'activitat i la morbiditat dels centres aliens a SSIBE, tant de la comarca com de fora. S'ha corroborat el que abans ja havíem intuït: la identificació i classificació de la morbiditat depèn primordialment del serveis de primer nivell assistencial (atenció primària i hospital general bàsic). Hem pogut comprovar que, per a les poblacions de les ABS de SSIBE, on ja es disposava de la informació d'aquest primer nivell, la de la resta de serveis sols implica una modificació del CRG en un 0,36% de casos.

Tot i que s'inclou la informació de salut mental, i que la població que acaba sent classificada en CRG corresponents a problemes de salut mental representa el 2,1% del total. Això fa pensar que pràcticament tota la població atesa per algun dispositiu especialitzat, encara que sigui de tercer nivell, contacta regularment amb els seus serveis de primer nivell, i aquests fan algun tipus de seguiment i registren adequadament els seus problemes de salut, almenys en l'àmbit analitzat.

L'experiència que es presenta en aquest estudi pot servir per a la planificació sanitària. Més enllà de les estimacions econòmiques efectuades o de les fórmules de pagament que es puguin confeccionar,^(28, 29) sembla clar que la morbiditat ha de ser un factor fonamental en el procés de càlcul dels pressupostos assignats als diferents territoris i proveïdors sanitaris.

5. Conclusions i recomanacions

La informació clínicoadministrativa disponible per als diferents proveïdors del sistema de salut permet l'establiment de perfils de salut poblacionals i l'estimació dels costos assistencials derivats.

Disposar d'aquesta informació és possible mitjançant la utilització de diferents CMBD, sempre que es disposi d'un identificador únic per persona.

Convé resoldre algunes mancances que mostra l'actual identificador únic dels assegurats del CatSalut per facilitar la interrelació entre el CatSalut i els diferents proveïdors sanitaris de qualsevol àmbit.

La identificació i classificació de la morbiditat depèn primordialment del serveis de primer nivell assistencial (atenció primària i hospital general bàsic).

Cal assolir el desenvolupament definitiu i la implantació del CMBD d'atenció primària, així com altres sistemes de dades que incloguin la resta de les activitats ambulatories dels hospitals d'aguts.

La utilització de dues versions diferents de la classificació internacional de malalties (CIM-9 i CIM-10) per a la codificació clínica en àmbits assistencials diferents (atenció primària enfront d'assistència hospitalària -d'aguts i sociosanitària- i salut mental) pot dificultar la integració de la informació clínica per utilitzar-la en sistemes de mesura de la morbiditat.

La mesura de la morbiditat és un factor decisiu en l'explicació dels costos sanitaris i, en conseqüència, podria utilitzar-se en el càlcul dels pressupostos de les organitzacions sanitàries integrades a Catalunya.

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

La càrrega de morbiditat s'incrementa amb l'edat, fins arribar al seu punt màxim entre els 75 i els 84 anys, quan només el 33% de la població és classificada com a sana pels CRG.

Al voltant del 18% de la població no contacta amb el sistema sanitari en un any.

Al voltant del 49% de la població és considerada sana en la classificació confeccionada pels CRG. Aquestes persones duen a terme el 31% dels contactes assistencials i representen el 22,5% dels costos assistencials.

En conjunt, les persones que presenten determinades patologies cròniques, malaltia neoplàstica o malalties mentals inclouen el 13,5% de la població i representen el 33% dels contactes assistencials, el 43% del cost total sanitari i el 52% del cost farmacèutic.

El cost estimat per pacient resident al Baix Empordà atès pel sistema públic de salut l'any 2006 va ser de 752,34 €. En termes de pes mitjà, les variacions van de 0,3795 a 41,1760. És a dir, entre el grup de persones sanes i el classificat com a condicions catastròfiques hi ha una diferència de cost de 108 vegades.

Amb la informació creada, és possible establir sistemes de seguiment de la variabilitat de la pràctica mèdica i crear sistemes de *benchmarking* ajustats per morbiditat en el conjunt del sistema públic de salut per tal de millorar-ne l'eficiència.

6. Bibliografia

- ¹ Ibern P, Bisbe J, Casas M. *The development of cost information by DRG. Experience in a Barcelona hospital*. Health Policy 1991; 17 (2):179-9.
- ² Ibern P. *Evolución de las organizaciones sanitarias: papel de la hospitalización y actividad ambulatoria*. Dins: Ibern P. *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Ed. Masson, 2006: 95-122.
- ³ Shenkman EA, Breiner JR. *Characteristics of risk adjustment systems*. Institute for Child Health Policy, working paper no. 2. University of Florida, gener de 2001.
- ⁴ Winkelman R, Mehmud SA. *Comparative analysis of claims-based tools for health risk assessment*. Society of Actuaries Sponsored Research Project, abril de 2007.
- ⁵ Agustí E, Casasa C, Brosa F, Argimon JM. *Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña*. Dins: Ibern P. *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Ed. Masson, 2006: 123-138.
- ⁶ Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-Ilosera L, García-Goñi M, Lisbona JM, Ibern P. *La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada*. Gac Sanit 2009; 23 (1): 29-37.
- ⁷ Ibern P, Inoriza JM. *La despesa farmacèutica segons morbiditat*. Dins: *Estudis d'Economia de la Salut*. Direcció General de Planificació i Avaluació, octubre 2006: capítol 5.
- ⁸ Inoriza JM, Coderch-Lassaletta J, Carreras J, Vall-Ilosera L, Lisbona JM, Ibern P, García-Goñi M. *La despesa sanitària segons morbiditat*. Dins: *Estudis d'Economia de la Salut*. Generalitat de Catalunya, 2008: volum II, capítol 3.

- ⁹ IDESCAT. *Banc d'estadístiques de municipis i comarques: Baix Empordà*.
- ¹⁰ *Serveis de Salut Integrats Baix Empordà* (www.hosppal.es).
- ¹¹ Coderch, J. *Serveis de Salut Integrats Baix Empordà: elementos clave en la evolución del hospital a la organización integrada*. Dins: Ibern P. *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Ed. Masson, 2006: 139-186.
- ¹² Henaó D, Coderch J. *Serveis de Salut Integrats Baix Empordà*. Dins: Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. *Organizaciones sanitarias integradas*. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007: 167-187.
- ¹³ Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. *Introducción*. Dins: Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. *Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007: 1-3.
- ¹⁴ CAP Sant Feliu de Guíxols. http://www.gencat.cat:8000/oics/owa/p91.Mostrar_cap?var_codcap=202&v_cap=CAP+Sant+Feliu+de+Guixols&v_codi_idioma=0&v_opcio=3
- ¹⁵ Institut d'Assistència Sanitària. <http://www.ias.scs.es/web/index.php>
- ¹⁶ Averill RF, Goldfield NI, Eisenlander J. *Development and evaluation of clinical risk groups. Final report to the National Institutes of Standards and Technology*, US Department of Commerce.
- ¹⁷ Hughes JS, Averill RF, et al. *Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management*. Med Care 2004; 42 (1): 81-90.
- ¹⁸ Neff JM, Sharp VL, et al. *Profile of medical charges for children by health status group and severity level in a Washington State Health Plan*. Health Serv Res 2004; 39 (1): 73-89.
- ¹⁹ Clinical Risk Groups. *Definitions Manual*. 3M Health Information System.
- ²⁰ Peiro S, García-Petit J, Bernal-Delgado E, Ridaó-Lopez M, Librero J. *El gasto hospitalario poblacional: variaciones geográficas y factores determinantes*. Presupuesto y Gasto Público 49/2007: 193-209.
- ²¹ Hospital Clínic de Barcelona. www.hospitalclinic.org
- ²² Heras-Ribot D. *Sistema de compra para hospitales terciarios y de alta complejidad en el contexto de un modelo capitativo: análisis inicial de la actividad y de los costes a partir de un caso*. Gac Sanit 2007; 21 (supl. 1): 9-61.
- ²³ Ruiz-Ramos et al. *La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades*. Gac Sanit 2006; 20 (supl. 1): 15-24.
- ²⁴ Rodríguez-Artalejo F; Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. *Epidemiología de la insuficiencia cardíaca*. Rev Esp Cardiol 2004; 57 (2): 163-70.

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

²⁵ Berlinguet M, Peyra C, Dean S. *Comparing the value of three main diagnostic-based risk-adjustment systems. Final report project RCI-0776-05*. Canadian Health Services Research Foundation, març de 2005. Disponible a: www.chrsf.ca/final_research/index.html

²⁶ Mor V. *The compression of morbidity hypothesis: a review of research and prospects for the future*. Journal of the American Geriatrics Society 2005; S308-S309.

²⁷ Iezzoni L. *Data sources and implications: administrative databases*. Dins: Iezzoni L. ed. *Risk adjustment for healthcare outcomes*. 2a edició. Chicago: Health Administration Press, 1997: 169-242.

²⁸ García-Goñi M, Ibern P. *Predictability of drug expenditures: an application using morbidity data*. Health Econ 2008; 17 (1): 119-26.

²⁹ García-Goñi M, Ibern P, Inoriza JM. *Hybrid adjustment for pharmaceutical benefits*. Eur J Health Econ DOI 10.1007/s10198-008-0133-2. 15 novembre 2008.

7. Índex de taules

Descripció	Títol	Pàg.
Taula 1	Distribució de la població del Baix Empordà per ACRG3 i territori (any 2006)	84
Taula 2	Distribució dels 25 CRG més freqüents per ABS (any 2006)	85
Taula 3	Variació de la classificació de l'estat de salut (ACRG3 sense nivells de gravetat) segons la informació utilitzada	86
Taula 4	Identificació de la utilització de recursos sanitaris de la població del Baix Empordà (any 2006)	87
Taula 5	Identificació del costos dels diferents recursos sanitaris de la població del Baix Empordà (any 2006)	88
Taula 6	Distribució dels contactes sanitaris i els costos generats per la població del Baix Empordà fora de SSIBE	89
Taula 7	Utilització de recursos sanitaris segons sexe i grup d'edat de la població del Baix Empordà (any 2006)	90
Taula 8	Cost dels recursos sanitaris segons sexe i grup d'edat de la població del Baix Empordà (any 2006)	91
Taula 9	Distribució de la utilització de recursos sanitaris per ACRG3 de la població del Baix Empordà (any 2006)	92
Taula 10	Distribució dels costos dels recursos sanitaris per ACRG3 de la població del Baix Empordà (any 2006)	94
Taula 11	Patologies cròniques: persones, utilització i costos de la població del Baix Empordà (any 2006)	96
Taula 12	Malaltia neoplàstica: persones, utilització i costos de la població del Baix Empordà (any 2006)	98
Taula 13	Malalties mentals: persones, utilització i costos de la població del Baix Empordà (any 2006)	99

Descripció	Títol	Pàg.
Taula 14	Utilització de recursos sanitaris per als 25 CRG base més freqüents i ABS en la població del Baix Empordà (any 2006)	100
Taula 15	Cost sanitari total dels recursos sanitaris per als 25 CRG base més freqüents i ABS en la població del Baix Empordà (any 2006)	101
Taula 16	Cost farmacèutic per als 25 CRG base més freqüents i ABS en la població del Baix Empordà (any 2006)	102

8. Índex de figures

Descripció	Títol	Pàg.
Figura 1	Distribució de la població per estat de salut (ACRG3 sense nivells de gravetat) i ABS (any 2006)	62
Figura 2	Distribució de la càrrega de morbiditat per sexe i grup d'edat (any 2006)	63
Figura 3	Persones usuàries i cost dels diferents recursos sanitaris de la població del Baix Empordà (any 2006)	66
Figura 4	Utilització del recursos sanitaris per sexe, grup d'edat i ABS (any 2006)	67
Figura 5	Costos del recursos sanitaris per sexe, grup d'edat i ABS (any 2006)	68
Figura 6	Pes mitjà per ACRG3 de la població del Baix Empordà (any 2006)	69
Figura 7	Concentració de costos per percentils de població (any 2006)	70

9. Annex I. CMBD

Les taules següents posen de manifest la informació inclosa de cada àmbit assistencial.

Tipus d'activitat	CMBDAH					
	Any 2006			Any 2007		
	Tots	No	Sí	Tots	No	Sí
H. convencional	2.958	119	2.839	3.019	110	2.909
H. domiciliària	1		1	2		2
Cirurgia major ambulatoria	290	11	279	343	18	325
Cirurgia menor ambulatoria	62		62	128		128
Hospital de dia	264	11	253	191	17	174
Urgències	11		11	8		8
Total	3.586	141	3.445	3.691	145	3.546

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

CMBD SOCIO SANITARI				
Àmbit	Tipus d'activitat	Tots	No	Sí
Sociosanitaris llarga estada	Llarga durada o sida	47		47
	Llarga durada psicogeriàtrica	12		12
	Llarga durada psicogeriàtrica psiquiàtrica	2		2
	Grans discapacitats	3		3
	Convalescència	53	4	49
	Polivalent	126	10	116
Sociosanitaris pal·liatius i altres	Cures pal·liatives	14		14
	UFISS geriàtrica	14		14
	UFISS pal·liativa	5	1	4
	UFISS mixta	73	4	69
	PADES	14	1	13
	ETODA	4		4
	HD geriàtric	2		2
	HD patologia crònica evolutiva	19		19
Total		388	20	368

	CMBD SALUT MENTAL HOSPITALÀRIA					
	Any 2006			Any 2007		
SAD	Tots	No	Sí	Tots	No	Sí
AGUT	208	5	203	187	7	180
SUBAG	67		67	50	2	48
Total	275	5	270	237	9	228

	CMBD SALUT MENTAL AMBULATORIA					
	Any 2006			Any 2007		
SAD	Tots	No	Sí	Tots	No	Sí
Pacients	1.951	485	1.466	2.332	171	2.161
Visites	4.659	1.160	3.499	8.866	579	8.287
Vis./pac.	2,39	2,39	2,39	3,80	3,39	3,83

En el CMBD de salut mental ambulatoria s'aprecia un increment de visites l'any 2007. Cal indicar que la gestió del Centre de Salut Mental Baix Empordà de Platja d'Aro va ser cedida a l'IAS al juliol de 2006, per la qual cosa probablement l'activitat del 2006 és incompleta.

10. Annex II

Aquesta taula recull els CRG base que conformen els perfils de les patologies escollides en l'informe. La columna final indica el nombre de CRG finals que conformen el procés d'agrupació. Cadascun d'aquests es correspon amb un nivell de gravetat del CRG base.

Patologia	CRG base	Nre. CRG finals
Hipertensió	5192 Hypertension	4
	6124 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Hypertension	6
	6144 Diabetes and Hypertension	6
	6242 Asthma and Hypertension	6
	7070 Diabetes - Cerebrovascular Disease - Hypertension	6
	7071 Diabetes - Hypertension - Other Dominant Chronic Disease	6
Insuficiència cardíaca	5179 Congestive Heart Failure	4
	6110 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Congestive Heart Failure	6
	6111 Congestive Heart Failure and Diabetes	6
	6112 Congestive Heart Failure and Peripheral Vascular Disease	6
	6113 Congestive Heart Failure and Cerebrovascular Disease	6
	6114 Congestive Heart Failure and Other Dominant Chronic Disease	6
	6115 Congestive Heart Failure and Dementing Disease	6
	6116 Congestive Heart Failure and Other Moderate Chronic Disease	6
	6117 Congestive Heart Failure and Other Chronic Disease	4
	7010 Congestive Heart Failure - Diabetes - Chronic Obstructive Pulmonary Disease	6
	7011 Congestive Heart Failure - Diabetes - Cerebrovascular Disease	6
	7012 Congestive Heart Failure - Diabetes - Other Dominant Chronic Disease	6
	7013 Congestive Heart Failure - Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7015 Congestive Heart Failure - Cerebrovascular Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7016 Congestive Heart Failure - 2 or More Other Dominant Chronic Diseases	6
Malaltia coronària	5182 History of Myocardial Infarction	4
	5183 Angina and Ischemic Heart Disease	4
	5188 History of Coronary Artery Bypass Graft	4
	5189 History of Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty	4
	5191 Coronary Atherosclerosis	4
	6121 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Advanced Coronary Artery Disease	6
	6140 Diabetes and Advanced Coronary Artery Disease	6
	6150 Advanced Coronary Artery Disease and Other Dominant Chronic Disease	6
	6151 Advanced Coronary Artery Disease and Other Moderate Chronic Disease	6
	6152 Advanced Coronary Artery Disease and Other Chronic Disease	4
	7020 Diabetes - Advanced Coronary Artery Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7030 Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Advanced Coronary Artery Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7040 Advanced Coronary Artery Disease - Peripheral Vascular Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7041 Advanced Coronary Artery Disease - 2 or More Other Dominant Chronic Diseases	6

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Patologia	CRG base	Nre. CRG finals
Malaltia cerebrovascular	5004 Cerebrovascular Disease with Infarction or Intracranial Hemorrhage	4
	5012 History of Transient Ischemic Attack	4
	5013 Cerebrovascular Disease without Infarction	4
	6130 Cerebrovascular Disease and Diabetes	6
	6131 Cerebrovascular Disease and Other Dominant Chronic Disease	6
	6132 Cerebrovascular Disease and Other Moderate Chronic Disease	6
	6133 Cerebrovascular Disease and Other Chronic Disease	4
	7011 Congestive Heart Failure - Diabetes - Cerebrovascular Disease	6
	7015 Congestive Heart Failure - Cerebrovascular Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7021 Diabetes - Cerebrovascular Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7070 Diabetes - Cereular Disease - Hypertension	6
Diabetis	5424 Diabetes	4
	6111 Congestive Heart Failure and Diabetes	6
	6120 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Diabetes	6
	6130 Cerebrovascular Disease and Diabetes	6
	6140 Diabetes and Advanced Coronary Artery Disease	6
	6141 Diabetes and Other Dominant Chronic Disease	6
	6142 Diabetes and Asthma	6
	6143 Diabetes and Other Moderate Chronic Disease	6
	6144 Diabetes and Hypertension	6
	6145 Diabetes and Other Chronic Disease	4
	7001 Chronic Renal Failure - Diabetes - Other Dominant Chronic Disease	6
	7010 Congestive Heart Failure - Diabetes - Chronic Obstructive Pulmonary Disease	6
	7011 Congestive Heart Failure - Diabetes - Cerebrovascular Disease	6
	7012 Congestive Heart Failure - Diabetes - Other Dominant Chronic Disease	6
	7020 Diabetes - Advanced Coronary Artery Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7021 Diabetes - Cerebrovascular Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7022 Diabetes - Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7023 Diabetes - 2 or More Other Dominant Chronic Diseases	6
7070 Diabetes - Cerebrovascular Disease - Hypertension	6	
7071 Diabetes - Hypertension - Other Dominant Chronic Disease	6	
9010 Dialysis with Diabetes	4	
Insuficiència renal crònica	5473 Chronic Renal Failure	4
	5474 Kidney Transplant Status	4
	6100 Chronic Renal Failure and Other Dominant or Moderate Chronic Disease	6
	7001 Chronic Renal Failure - Diabetes - Other Dominant Chronic Disease	6
	7002 Chronic Renal Failure - 2 or More Other Dominant Chronic Diseases	6
	9010 Dialysis with Diabetes	4
	9020 Dialysis without Diabetes	4

Patologia	CRG base	Nre. CRG finals	
	3408 Skin Malignancy	2	
	5657 Colon Malignancy	2	
	5658 Other Malignancies	2	
	5660 Hodgkin's Lymphoma	2	
	5661 Plasma Protein Malignancy	2	
	5662 Breast Malignancy	2	
	5663 Prostate Malignancy	2	
	5664 Genitourinary Malignancy	2	
	5665 Non-Hodgkin's Lymphoma	2	
	5695 Malignancy NOS/NEC	2	
	6210 Other Dominant Chronic Disease and Breast Malignancy	6	
	6211 Breast Malignancy and Other Moderate Chronic Disease	6	
	6220 Other Dominant Chronic Disease and Prostate Malignancy	6	
	6221 Prostate Malignancy and Other Moderate Chronic Disease	6	
	6230 Other Dominant Chronic Disease and Other Nondominant Malignancy	6	
	6231 Nondominant Malignancy and Other Moderate Chronic Disease	6	
	6280 Breast Malignancy and Other Chronic Disease	2	
	6281 Prostate Malignancy and Other Chronic Disease	2	
	6282 Other Nondominant Malignancy and Other Chronic Disease	2	
	Neoplàsia	8001 Multiple Dominant Primary Malignancies	4
		8002 Multiple Non-Dominant Primary Malignancies	4
		8641 Secondary Malignancy	4
		8646 Brain and Central Nervous System Malignancies	4
		8647 Lung Malignancy	4
		8648 Pancreatic Malignancy	4
		8649 Kidney Malignancy	4
		8650 Ovarian Malignancy	4
		8651 Digestive Malignancy	4
		8652 Chronic Lymphoid Leukemia	4
		8653 Chronic Non-Lymphoid Leukemia	4
		8654 Multiple Myeloma	4
		8655 Acute Lymphoid Leukemia	4
		8656 Acute Non-Lymphoid Leukemia	4
8657 Colon Malignancy		4	
8658 Other Malignancies		4	
8660 Hodgkin's Lymphoma		4	
8661 Plasma Protein Malignancy		4	
8662 Breast Malignancy		4	
8663 Prostate Malignancy		4	
8664 Genitourinary Malignancy		4	
8665 Non-Hodgkin's Lymphoma		4	

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Patologia	CRG base	Nre. CRG finals
MPOC	5133 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Bronchiectasis	4
	6110 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Congestive Heart Failure	6
	6120 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Diabetes	6
	6121 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Advanced Coronary Artery Disease	6
	6122 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Other Dominant Chronic Disease	6
	6123 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Other Moderate Chronic Disease	6
	6124 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Hypertension	6
	6125 Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Other Chronic Disease	4
	7010 Congestive Heart Failure - Diabetes - Chronic Obstructive Pulmonary Disease	6
	7013 Congestive Heart Failure - Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7022 Diabetes - Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Other Dominant Chronic Disease	6
	7030 Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Advanced Coronary Artery Disease - Other Dominant Chronic	6
	7031 Chronic Obstructive Pulmonary Disease - 2 or More Other Dominant Chronic Diseases	6
	Asma	5138 Asthma
6142 Diabetes and Asthma		6
6240 Other Dominant Chronic Disease and Asthma		6
6241 Asthma and Other Moderate Chronic Disease		6
6242 Asthma and Hypertension		6
6291 Asthma and Other Chronic Disease		4
Demències	5006 Alzheimer's Disease and Other Dementias	4
	6160 Dementing Disease and Other Dominant Chronic Disease	6
	6161 Dementing Disease and Other Moderate Chronic Disease	6
	6162 Dementing Disease and Other Chronic Disease	4
Salut mental	2140 Major Mental Illness or Substance Abuse Diagnosis With Other Significant Illness	1
	3754 Attention Deficit / Hyperactivity Disorder	2
	3755 Depression	2
	3756 Chronic Mental Health Diagnoses - Minor	2
	3757 Chronic Stress and Anxiety Diagnoses	2
	3789 Drug Abuse Related Diagnoses	2
	5743 Schizophrenia	4
	5744 Eating Disorder	4
	5747 Bipolar Disorder	4
	5748 Conduct, Impulse Control, and Other Disruptive Behavior Disorders	4
	5749 Depressive and Other Psychoses	4
	5750 Major Personality Disorders	4
	5751 Chronic Mental Health Diagnoses - Moderate	4
	5782 Cocaine Abuse	4
	5783 Opioid Abuse	4
	5784 Chronic Alcohol Abuse	4
	5785 Other Significant Drug Abuse	4
	5786 Drug Abuse - Cannabis/NOS/NEC	4
	6170 Schizophrenia and Other Dominant Chronic Disease	6
	6171 Schizophrenia and Other Moderate Chronic Disease	6
	6172 Schizophrenia and Other Chronic Disease	4
	6200 Other Dominant Chronic Disease and Psychiatric Disease (Except Schizophrenia)	6
	6201 Psychiatric Disease (Except Schizophrenia) and Other Moderate Chronic Disease	6
	6250 Other Dominant Chronic Disease and Moderate Chronic Substance Abuse	6
	6251 Moderate Chronic Substance Abuse and Other Moderate Chronic Disease	6
	6290 Psychiatric Disease (Except Schizophrenia) and Other Chronic Disease	4
6292 Moderate Chronic Substance Abuse and Other Chronic Disease	4	

**11. Annex III.
Abreviacions**

Acrònim	Descripció
CRG*	Grups de risc clínic (<i>Clinical Risk Groups</i>)
ACRG1	Agrupació de CRG de nivell 1
ACRG2	Agrupació de CRG de nivell 2
ACRG3	Agrupació de CRG de nivell 3
SSIBE	Serveis de Salut Integrats Baix Empordà
CABE	ConSORCI Assistencial del Baix Empordà
ABS	Àrea bàsica de salut
CatSalut	Servei Català de la Salut
ICS	Institut Català de la Salut
IAS	Institut d'Assistència Sanitària
CIM-9-MC	Classificació internacional de malalties 9a revisió - Modificació clínica
CIP	Codi d'identificació personal
RCA	Registre central d'assegurats
CMBD	Conjunt mínim bàsic de dades
CMBDAH	Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària.
CMBDHP	Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitals psiquiàtrics
CMBDSMA	Conjunt mínim bàsic de dades dels centres de salut mental ambulatoria
CMBDRSS	Conjunt mínim bàsic de dades dels recursos socio-sanitaris
UP territorial	Unitat productiva territorial
CIM-10	Classificació internacional de malalties 10a revisió
CIM-9	Classificació internacional de malalties 9a revisió
EAP	Equip d'atenció primària
URV	Unitat relativa de valor
DOGC	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
TAC	Tomografia axial computada
RMN	Ressonància magnètica nuclear
ABS BI	ABS La Bisbal d'Empordà
ABS PA	ABS Palamós
ABS PF	ABS Palafrugell
ABS TO	ABS Torroella de Montgrí
ABS SF	ABS Sant Feliu de Guíxols
APS	Atenció primària de salut

*CRG: Traducció pròpia de la versió anglesa per part de 3M (propietari del software).

Taula 2: Distribució dels 25 CRG més freqüents per ABS (any 2006)

CRGbase_2006_TOT mod	SSIBE						ICS		BAIX EMPORDÀ					
	BI		PA		PF		TO		SSIBE		SF		Total	
	Recompte	% del N	Recompte	% del N	Recompte	% del N	Recompte	% del N	Recompte	% del N	Recompte	% del N	Recompte	% del N
1000 Sans	7.140	42,9%	12.280	43,4%	13.138	42,7%	6.731	42,9%	39.289	43,0%	15.362	49,6%	54.651	44,7%
1001 Sans no usaris	2.769	16,7%	5.060	17,9%	5.672	18,4%	3.443	21,9%	16.944	18,5%	5.335	17,2%	22.279	18,2%
5192 Hipertensió	700	4,2%	707	2,5%	859	2,8%	596	3,8%	2.862	3,1%	1.192	3,9%	4.054	3,3%
2030 1 Malaltia aguda significativa, excloïdes patologies d'otorinolaringologia	464	2,8%	795	2,8%	890	2,9%	469	3,0%	2.618	2,9%	537	1,7%	3.155	2,6%
2020 1 Malaltia aguda significativa en els darrers 90 dies, excloïdes patologies d'otorinolaringologia	289	1,7%	452	1,6%	517	1,7%	218	1,4%	1.476	1,6%	368	1,2%	1.844	1,5%
5424 Diabetis	204	1,2%	435	1,5%	487	1,6%	239	1,5%	1.365	1,5%	389	1,3%	1.754	1,4%
5442 Diagnòstics crònics endocrins, nutricionals i metabòlics, i trastorns de la immunitat - moderat	136	,8%	280	1,0%	530	1,7%	129	,8%	1.075	1,2%	171	,6%	1.246	1,0%
6270 Dues malalties cròniques moderades diferents	213	1,3%	236	,8%	425	1,4%	150	1,0%	1.024	1,1%	179	,6%	1.203	1,0%
6144 Diabetis i hipertensió	242	1,5%	212	,7%	242	,8%	140	,9%	836	,9%	335	1,1%	1.171	1,0%
1013 Diagnòstics gastrointestinals, hepàtics i d'hermies sense altres malalties significatives	148	,9%	228	,8%	284	,9%	161	1,0%	821	,9%	330	1,1%	1.151	,9%
4000 Diagnòstics menors primaris crònics múltiples	196	1,2%	323	1,1%	321	1,0%	143	,9%	983	1,1%	166	,5%	1.149	,9%
2110 Diagnòstics ortopèdics i per traumatisme amb altres malalties significatives	133	,8%	249	,9%	324	1,1%	122	,8%	828	,9%	265	,9%	1.093	,9%
2150 Diagnòstics gastrointestinals, hepàtics i d'hermies amb altres malalties significatives	118	,7%	217	,8%	258	,8%	106	,7%	699	,8%	216	,7%	915	,7%
3358 Diagnòstics crònics conjunts i musculoesquelètics - menor	106	,6%	188	,7%	280	,9%	107	,7%	681	,7%	161	,5%	842	,7%
3755 Depressió	119	,7%	244	,9%	204	,7%	94	,6%	661	,7%	132	,4%	793	,6%
1009 Diagnòstics ortopèdics i per traumatisme sense altres malalties significatives	92	,6%	176	,6%	170	,6%	64	,4%	502	,5%	232	,7%	734	,6%
6143 Diabetis i altres malalties cròniques moderades	109	,7%	180	,6%	235	,8%	82	,5%	606	,7%	116	,4%	722	,6%
5138 Asma	95	,6%	218	,8%	165	,5%	60	,4%	538	,6%	181	,6%	719	,6%
1014 Diagnòstic cardiovascular sense altres malalties significatives	64	,4%	99	,4%	127	,4%	54	,3%	344	,4%	373	1,2%	717	,6%
2080 Embaràs i part amb altres malalties significatives	91	,5%	166	,6%	182	,6%	56	,4%	495	,5%	188	,6%	683	,6%
1003 Embaràs i part sense altres malalties significatives	77	,5%	120	,4%	136	,4%	65	,4%	398	,4%	146	,5%	544	,4%
5354 Osteoporosi	64	,4%	185	,7%	137	,4%	50	,3%	436	,5%	98	,3%	534	,4%
3357 Artrosi	71	,4%	165	,6%	130	,4%	44	,3%	410	,4%	119	,4%	529	,4%
3080 Diagnòstics crònics d'ull - menor	72	,4%	108	,4%	160	,5%	68	,4%	408	,4%	93	,3%	501	,4%
3446 Malaltia crònica de la tiroide	69	,4%	121	,4%	119	,4%	84	,5%	393	,4%	101	,3%	494	,4%
Subtotal	13.781	82,89%	23.444	82,90%	25.992	84,51%	13.475	85,90%	76.692	83,96%	26.785	86,55%	103.477	84,61%

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Taula 3: Variació de la classificació de l'estat de salut (ACRG3 sense nivells de gravetat) segons la informació utilitzada (any 2006)

SSIBE

Estatus_2006_TOTA la codificació	Sans	Sans no usuaris	Malaltia aguda significativa	Malaltia crònica menor única	Malaltia crònica menor múltiple	Malaltia crònica predominant única	Malaltia crònica predominant doble	Malaltia crònica predominant triple	Malaltia neoplàstica predominant	Condicions catastròfiques avançada	Total
Sans	26	154	0	0	0	0	0	0	0	0	180
Sans no usuaris	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malaltia aguda significativa	13	3	1	4	0	2	0	0	0	0	23
Malaltia crònica menor única	12	1	3	1	0	0	0	0	0	0	17
Malaltia crònica menor múltiple	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Malaltia crònica predominant única	17	13	4	4	1	7	0	0	0	0	46
Malaltia crònica predominant doble	2	0	1	0	0	14	17	0	0	0	34
Malaltia crònica predominant triple	0	0	1	0	0	1	11	3	0	0	16
Malaltia neoplàstica avançada	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3
Condicions catastròfiques	2	4	2	0	0	3	0	0	0	0	11
Total	72	175	13	12	1	28	29	3	0	0	333

ICS

Estatus_2006_TOTA la codificació	Sans	Sans no usuaris	Malaltia aguda significativa	Malaltia crònica menor única	Malaltia crònica menor múltiple	Malaltia crònica predominant única	Malaltia crònica predominant doble	Malaltia crònica predominant triple	Malaltia neoplàstica predominant	Condicions catastròfiques avançada	Total
Sans	368	5.784	1	0	0	0	0	0	0	0	6.153
Sans no usuaris											
Malaltia aguda significativa	644	406	112	83	7	11	6	0	0	0	1.269
Malaltia crònica menor única	482	379	68	22	0	0	0	0	0	0	951
Malaltia crònica menor múltiple	38	24	10	63	5	0	0	0	0	0	140
Malaltia crònica predominant única	939	1052	166	150	6	105	1	0	0	0	2.419
Malaltia crònica predominant doble	244	234	45	63	6	316	84	0	0	0	992
Malaltia crònica predominant triple	2	4	8	0	0	19	18	8	0	0	59
Malaltia neoplàstica avançada	14	13	0	0	0	6	1	0	4	0	38
Condicions catastròfiques	3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	6
Total	2.734	7.897	411	381	24	457	110	8	4	1	12.027

Taula 4: Identificació de la utilització de recursos sanitaris de la població del Baix Empordà (any 2006)

Taula 4a: Tota la població	Recompte	Suma	% suma	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 95
Activ_sanitària_total_TOT	122.295	1.389.150	100,00%	11,36	19,56	0	716	1,00	6,00	14,00	41,00
Activ_sanitària_total_SSIBE	122.295	1.090.318	78,49%	8,92	17,44	0	700	,00	4,00	11,00	34,00
Activ_at_primària_TOT	122.295	827.906	59,60%	6,77	10,28	0	443	,00	4,00	9,00	24,00
Activ_at_especialitzada	122.295	106.749	7,68%	,87	2,13	0	78	,00	,00	1,00	5,00
Activ_at_esp_SM_ext	122.295	3.312	0,24%	,03	,35	0	31	,00	,00	,00	,00
Activ_Urgències (episodis)	122.295	42.827	3,08%	,35	,92	0	24	,00	,00	,00	2,00
Activ_hosp_aguts_TOT	122.295	50.320	3,62%	,41	3,02	0	164	,00	,00	,00	1,00
Activ_hosp_SM_TOT	122.295	5.072	0,37%	,04	2,10	0	327	,00	,00	,00	,00
Activ_hosp_sociosan_TOT	122.295	33.244	2,39%	,27	7,40	0	366	,00	,00	,00	,00
Activ_proves_DX	122.295	218.397	15,72%	1,79	3,88	0	101	,00	,00	2,00	8,00
Activ_Quiròfan	122.295	4.274	0,31%	,03	,21	0	5	,00	,00	,00	,00
Activ_cir_menor_TOT	122.295	4.708	0,34%	,04	,25	0	11	,00	,00	,00	,00
Activ_hospital de dia_TOT	122.295	7.831	0,56%	,06	,70	0	64	,00	,00	,00	,00
Activ_Hospital de dia_sociosan	122.295	7.918	0,57%	,06	3,84	0	455	,00	,00	,00	,00
Activ_RHB	122.295	66.669	4,80%	,55	4,04	0	193	,00	,00	,00	,00
Activ_Diàlisi	122.295	5.654	0,41%	,05	2,55	0	188	,00	,00	,00	,00
Activ_MHB	122.295	236	0,02%	,00	,17	0	32	,00	,00	,00	,00
Activ_altres	122.295	3.996	0,29%	,03	,32	0	16	,00	,00	,00	,00

Taula 4b: Només la població consumidora

Taula 4b: Només la població consumidora	Recompte	Suma	% suma	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 95
Activ_sanitària_total_TOT	96.046	78,54%	1.389.150	14,46	21,04	1	716	4,00	8,00	18,00	46,00
Activ_sanitària_total_SSIBE	86.992	71,13%	1.090.318	12,53	19,56	1	700	3,00	7,00	15,00	40,00
Activ_at_primària_TOT	91.036	74,44%	827.906	9,09	10,99	1	443	3,00	6,00	12,00	27,00
Activ_at_especialitzada	34.340	28,08%	106.749	3,11	3,02	1	78	1,00	2,00	4,00	8,00
Activ_at_esp_SM_ext	1.354	1,11%	3.312	2	2	1	31	1	2	3	6
Activ_Urgències (episodis)	25.445	20,81%	42.827	2	1	1	24	1	1	2	4
Activ_hosp_aguts_TOT	6.637	5,43%	50.320	7,58	10,66	1	164	2,00	4,00	9,00	25,00
Activ_hosp_SM_TOT	136	0,11%	5.072	37,29	50,92	1	327	13,00	22,00	39,00	141,00
Activ_hosp_sociosan_TOT	565	0,46%	7.668	13,57	18,34	1	163	,00	9,00	16,00	44,00
Activ_proves_DX	56.376	46,10%	218.397	3,87	4,96	1	101	1,00	2,00	4,00	13,00
Activ_Quiròfan	3.759	3,07%	4.274	1,14	,42	1	5	1,00	1,00	1,00	2,00
Activ_cir_menor_TOT	3.614	2,96%	4.708	1,30	,71	1	11	1,00	1,00	1,00	3,00
Activ_hospital de dia_TOT	3.782	3,09%	7.831	2,07	3,41	1	64	1,00	1,00	2,00	6,00
Activ_Hospital de dia_sociosan	82	0,07%	7.918	96,56	113,33	1	455	14,00	50,00	129,00	386,00
Activ_RHB	3.955	3,23%	66.669	16,86	15,18	1	193	9,00	14,00	20,00	44,00
Activ_Diàlisi	51	0,04%	5.654	110,86	58,43	1	188	55,00	152,00	157,00	162,00
Activ_MHB	30	0,02%	236	7,87	7,51	1	32	2,00	4,50	12,00	24,00
Activ_altres	2.477	2,03%	3.996	1,61	1,53	1	16	1,00	1,00	2,00	5,00

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Taula 5: Identificació dels costos (€) dels diferents recursos sanitaris de la població del Baix Empordà (any 2006)

Taula 5a: Tota la població	Població	Cost	% cost	Mitjana	Desviació	Mínim típica	Màxim	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Cost_sanitari_total_TOT	122.295	92.007.244,21	100,00%	752,34	2.740,51	0,00	361.711,08	31,83	184,53	607,94
Cost_sanitari_total_SSIBE	122.295	66.752.264,15	72,55%	545,83	2.101,69	0,00	361.711,08	0,00	123,24	451,73
Cost_sanitari_total_EXT	122.295	25.254.980,06	27,45%	206,51	1.563,29	0,00	128.672,52	0,00	0,00	6,50
Cost_farmàcia_TOT	122.295	28.732.832,05	31,23%	234,95	1.078,48	0,00	245.742,20	0,00	13,99	122,37
Cost_at_primària_TOT	122.295	14.556.996,05	15,82%	119,03	178,35	0,00	8.658,04	0,00	68,52	163,56
Cost_hosp_aguts_TOT	122.295	18.814.721,02	20,45%	153,85	1.497,05	0,00	109.142,00	0,00	0,00	0,00
Cost_proves_DX_TOT	122.295	8.360.498,75	9,09%	68,36	315,63	0,00	41.085,50	0,00	0,00	76,32
Cost_Urgències (episodis)	122.295	4.202.450,56	4,57%	34,36	1.058,41	0,00	361.580,95	0,00	0,00	0,00
Cost_at_especialitzada	122.295	4.167.141,60	4,53%	34,07	80,19	0,00	2.394,06	0,00	0,00	36,56
Cost_Quiròfan	122.295	3.322.368,29	3,61%	27,17	208,41	0,00	11.944,13	0,00	0,00	0,00
Cost_hosp_sociosan_TOT	122.295	3.125.336,81	3,40%	25,56	648,94	0,00	36.929,59	0,00	0,00	0,00
Cost_RHB	122.295	1.842.390,13	2,00%	15,07	117,46	0,00	6.114,12	0,00	0,00	0,00
Cost_tract_especials	122.295	1.276.584,98	1,39%	10,44	152,47	0,00	8.970,70	0,00	0,00	0,00
Cost_Hospital de dia	122.295	877.911,50	0,95%	7,18	76,00	0,00	5.817,81	0,00	0,00	0,00
Cost_hosp_SM_ext	122.295	867.102,48	0,94%	7,09	335,16	0,00	45.183,63	0,00	0,00	0,00
Cost_Diàlisi	122.295	789.963,93	0,86%	6,46	356,74	0,00	26.266,93	0,00	0,00	0,00
Cost_Hospital de dia sociosan	122.295	316.396,76	0,34%	2,59	153,49	0,00	18.181,43	0,00	0,00	0,00
Cost_at_esp_SM_ext	122.295	266.440,96	0,29%	2,18	28,94	0,00	2.379,25	0,00	0,00	0,00
Cost_cir_menor_TOT	122.295	238.603,65	0,26%	1,95	14,68	0,00	712,24	0,00	0,00	0,00
Cost_altres	122.295	148.281,71	0,16%	1,21	10,31	0,00	440,81	0,00	0,00	0,00
Cost_MHB	122.295	101.627,83	0,11%	0,83	71,48	0,00	12.391,56	0,00	0,00	0,00

Taula 5b: Només la població consumidora	Població	%	Suma persones	Mitjana	Desviació	Mínim típica	Màxim	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 95
Cost_sanitari_total_TOT	99.315	81,21%	92.007.244,21	926,42	3.014,45	0,67	361.711,08	105,41	284,49	791,78	3.281,08
Cost_sanitari_total_SSIBE	88.462	72,33%	66.752.264,15	754,59	2.439,04	0,75	361.711,08	95,78	252,84	689,71	2.725,16
Cost_sanitari_total_EXT	32.475	26,55%	25.254.980,06	777,67	2.959,60	0,67	128.672,52	45,27	155,96	506,16	2.807,62
Cost_farmàcia_TOT	81.312	66,49%	28.732.832,05	353,37	1.306,73	0,04	245.742,20	14,11	52,33	326,79	1.534,61
Cost_at_primària_TOT	91.030	74,43%	14.556.996,05	159,91	190,25	3,64	8.658,04	52,01	108,42	204,59	455,86
Cost_hosp_aguts_TOT	6.637	5,43%	18.814.721,02	2.834,82	5.805,22	163,13	109.142,00	665,50	1.185,69	2.662,00	10.878,15
Cost_proves_DX_TOT	60.185	49,21%	8.360.498,75	138,91	438,90	1,23	41.085,50	39,39	77,98	159,23	428,23
Cost_Urgències (episodis)	25.448	20,81%	4.202.450,56	165,14	2.315,62	1,08	361.580,95	45,22	84,52	167,43	495,30
Cost_at_especialitzada	34.340	28,08%	4.167.141,60	121,35	110,94	21,65	2.394,06	42,46	84,76	154,12	329,25
Cost_Quiròfan	3.758	3,07%	3.322.368,29	884,08	810,00	17,13	11.944,13	379,27	641,74	1.071,72	2.374,25
Cost_hosp_sociosan_TOT	565	0,46%	3.125.336,81	5.531,57	7.797,66	91,64	36.929,59	1.596,47	3.005,12	4.923,22	28.454,73
Cost_RHB	3.955	3,23%	1.842.390,13	465,84	465,48	16,07	6.114,12	206,94	326,09	562,31	1.267,17
Cost_tract_especials	1.711	1,40%	1.276.584,98	746,10	1.055,19	3,12	8.970,70	199,80	233,75	693,90	2.791,33
Cost_Hospital de dia	3.428	2,80%	877.911,50	256,10	377,30	0,00	5.817,81	109,92	165,21	249,49	804,09
Cost_hosp_SM_ext	136	0,11%	867.102,48	6.375,75	7.800,73	205,41	45.183,63	2.464,92	3.915,15	6.769,53	23.211,33
Cost_Diàlisi	51	0,04%	789.963,93	15.489,49	8.163,53	139,72	26.266,93	7.684,47	21.237,09	21.935,68	22.634,27
Cost_Hospital de dia sociosan	82	0,07%	316.396,76	3.858,50	4.528,45	39,96	18.181,43	559,43	1.997,96	5.154,73	15.424,24
Cost_at_esp_SM_ext	1.354	1,11%	266.440,96	196,78	193,39	76,75	2.379,25	76,75	153,50	230,25	537,25
Cost_cir_menor_TOT	3.614	2,96%	238.603,65	66,02	55,32	32,46	712,24	32,46	59,73	72,79	185,30
Cost_altres	2477	2,03%	148.281,71	59,86	41,68	27,55	440,81	27,55	57,53	57,53	137,75
Cost_MHB	30	0,02%	101.627,83	3.387,59	3.110,69	292,33	12.391,56	1.352,61	2.321,24	4.384,97	11.274,46

Taula 6: Distribució dels contactes sanitaris i els costos generats per la població del Baix Empordà fora de SSIBE (any 2006)

Activitat sanitària	ABS					Total
	BI	PA	PF	SF	TO	
	Suma	Suma	Suma	Suma	Suma	Suma
Activ_APS_ext	35	302	25	267.263	0	267.625
Activ_at_esp_SM_ext	313	765	690	1.245	299	3.312
Activ_hosp_aguts_ext	3.155	4.422	3.704	5.248	2.518	19.047
Activ_hosp_dia_ext	66	109	117	160	57	509
Activ_cir_menor_ext	11	11	9	20	8	59
Activ_hosp_SM_aguts_ext	434	512	338	563	634	2.481
Activ_hosp_SM_subaguts_ext	995	206	295	544	551	2.591
Activ_hosp_sociosan_ext	1.485	246	615	355	507	3.208
Activ_rad_ext	1	24	7	3.457	0	3.489
Total	6.495	6.597	5.800	278.855	4.574	302.321

Costos sanitaris	ABS					Total
	BI	PA	PF	SF	TO	
	Suma	Suma	Suma	Suma	Suma	Suma
Cost_APS_ext	383,02	3.486,03	278,60	3.248.989,43	0,00	3.253.137,09
Cost_at_esp_SM_ext	25.468,11	61.328,39	56.270,46	99.402,63	23.971,37	266.440,96
Cost_hosp_aguts_ext	2.099.652,50	2.942.841,00	2.465.012,00	3.492.544,00	1.675.729,00	12.675.778,50
Cost_cir_menor_ext	557,48	557,48	456,12	1.013,60	405,44	2.990,12
Cost_hosp_SM_ext	226.428,09	133.591,74	110.129,73	190.701,51	206.251,41	867.102,48
Cost_hosp_sociosan_ext	139.456,35	23.101,86	57.754,65	33.338,05	47.612,37	301.263,28
Cost_rad_ext	27,00	1.111,00	383,00	112.617,00	0,00	114.138,00
Cost_lab_SFG_ext	0,00	503,59	0,00	304.406,00	0,00	304.909,59
Cost_Farm_Aportació_pública_ext	218.833,55	484.370,86	280.623,93	5.876.983,18	164.804,82	7.025.616,34
Cost_Farm_Copagament_ext	14.279,38	23.849,26	17.371,38	376.968,47	11.135,21	443.603,70
Total	2.725.085,48	3.674.741,21	2.988.279,87	13.736.963,87	2.129.909,62	25.254.980,0

La despesa sanitàària poblacional segons la morbiditat atesa

Taula 7: Utilització de recursos sanitaris per sexes i grups d'edat de la població del Baix Empordà (any 2006)

Activ_sanitària_total_TOT		Entitat						ICS	
		SSIBE						ABS	
		ABS							
		BI	PA	PF	TO	SSIBE	SF	Total	
Sexe	Grupetari_2006	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	
Home	< 1 any	21,46	23,22	16,58	21,33	20,29	18,98	19,99	
	1-14 anys	9,22	10,44	8,32	8,83	9,24	9,47	9,30	
	15-24 anys	5,27	5,32	5,14	4,52	5,11	6,34	5,40	
	25-34 anys	4,94	4,79	4,04	4,05	4,43	5,87	4,78	
	35-44 anys	5,75	5,47	5,42	4,56	5,33	6,95	5,73	
	45-54 anys	7,68	7,59	7,36	7,14	7,45	10,19	8,12	
	55-64 anys	11,11	12,25	11,78	10,13	11,53	18,57	13,34	
	65-74 anys	19,54	20,84	19,48	15,83	19,33	23,52	20,43	
	75-84 anys	27,19	31,07	24,93	19,91	26,33	31,06	27,48	
	> 84 anys	20,40	29,73	27,84	16,79	24,51	25,88	24,84	
	Total	9,54	10,13	9,00	7,87	9,24	11,71	9,85	

Activ_sanitària_total_TOT		Entitat						ICS	
		SSIBE						ABS	
		ABS							
		BI	PA	PF	TO	SSIBE	SF	Total	
Sexe	Grupetari_2006	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	
Dona	< 1 any	17,63	20,01	16,38	18,39	17,97	16,94	17,72	
	1-14 anys	9,01	9,56	7,64	8,05	8,58	8,69	8,61	
	15-24 anys	7,79	7,38	7,17	6,26	7,19	8,29	7,47	
	25-34 anys	9,48	8,94	8,39	7,00	8,51	9,84	8,86	
	35-44 anys	8,40	9,13	8,35	7,23	8,42	10,11	8,86	
	45-54 anys	11,21	12,09	11,00	9,54	11,15	14,73	12,06	
	55-64 anys	15,89	16,17	15,25	13,21	15,35	19,47	16,48	
	65-74 anys	23,02	22,62	19,48	17,87	20,88	26,34	22,31	
	75-84 anys	26,37	32,63	26,13	21,66	27,41	30,65	28,22	
	> 84 anys	21,69	35,11	22,07	15,39	24,78	23,83	24,54	
	Total	12,87	13,76	11,87	10,25	12,38	14,51	12,93	

Taula 8: Cost dels recursos sanitaris per sexes i grups d'edat de la població del Baix Empordà (any 2006)

Activ_sanitària_total_TOT		Entitat						ICS	
		SSIBE						ABS	
		ABS							
		BI	PA	PF	TO	SSIBE	SF	Total	
Sexe	Grupetari_2006	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	
Home	< 1 any	1.335,38	1.264,63	886,47	1.131,60	1.130,52	1.085,00	1.120,21	
	1-14 anys	342,78	350,42	457,61	282,98	373,67	323,56	361,03	
	15-24 anys	245,47	314,11	277,69	189,05	266,96	277,78	269,58	
	25-34 anys	306,97	335,31	223,89	242,73	274,78	323,13	286,46	
	35-44 anys	477,69	380,88	400,82	271,97	383,47	393,53	385,92	
	45-54 anys	629,18	694,19	523,75	544,16	597,18	656,28	611,65	
	55-64 anys	851,18	1.117,37	994,84	901,02	990,82	1.331,03	1.078,46	
	65-74 anys	1.765,19	1.893,86	1.804,14	1.555,07	1.785,64	1.730,16	1.771,11	
	75-84 anys	2.396,80	2.709,67	2.412,59	2.161,13	2.454,64	2.449,10	2.453,29	
	> 84 anys	2.013,86	2.514,58	2.816,45	1.650,02	2.339,29	2.078,99	2.276,86	
	Total	704,93	756,39	691,87	569,80	692,12	737,91	703,43	

Activ_sanitària_total_TOT		Entitat						ICS	
		SSIBE						ABS	
		ABS							
		BI	PA	PF	TO	SSIBE	SF	Total	
Sexe	Grupetari_2006	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	
Dona	< 1 any	633,91	789,24	995,99	464,57	798,77	573,41	744,12	
	1-14 anys	317,70	296,92	245,71	282,54	281,41	269,69	278,38	
	15-24 anys	315,36	306,10	326,29	255,34	306,16	321,56	310,04	
	25-34 anys	507,11	466,74	426,74	382,01	445,93	449,75	446,93	
	35-44 anys	451,58	626,84	499,98	429,70	521,21	489,10	512,81	
	45-54 anys	723,30	761,40	687,72	606,75	704,63	697,23	702,75	
	55-64 anys	918,81	1.352,95	1.071,86	981,75	1.124,82	985,22	1.086,69	
	65-74 anys	1.683,40	1.824,18	1.539,46	1.630,86	1.671,73	1.683,65	1.674,85	
	75-84 anys	2.323,18	2.582,80	2.182,17	2.025,92	2.306,32	2.120,37	2.259,73	
	> 84 anys	1.912,21	2.766,65	1.964,14	1.589,48	2.130,95	1.857,13	2.061,31	
	Total	810,38	916,47	772,17	700,01	812,87	768,81	801,45	

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Taula 9: Distribució de la utilització de recursos sanitaris per ACRG3 de la població del Baix Empordà (any 2006)

ACRG3_2006_TOT_mod	Activ_sanitària_total_TOT											
	Recompte	% N	Suma	% suma	Mitjana	Desviació típica	Minin	Màxim	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 95
10 Sans Usuaris	54.651	44,69%	354.727	25,47%	6,49	10,68		473	2	4	8	20
11 Sans no usuaris	22.279	18,22%	0	,00%	,00	,00						0
12 Embaràs i part sense altres malalties significatives	730	,60%	16.945	1,22%	23,21	13,38	1	69	13	22	32	46
13 Problemes neonatals majors	70	,06%	2.049	,15%	29,27	16,29		79	17	28	38	59
14 Diagnòstics aguts majors sense altres malalties significatives	1.179	,96%	17.830	1,28%	15,12	14,60		204	6	11	20	41
15 Diagnòstics ginecològics	416	,34%	5.058	,36%	12,16	8,66	1	55	6	10	16	30
16 Diagnòstics crònics significatius sense altres malalties significatives	2.471	2,02%	29.447	2,11%	11,92	17,50		367	4	8	15	33
20 Història de malaltia crònica menor única	6.131	5,01%	85.132	6,11%	13,89	11,57		144	6	11	18	35
21 Embaràs i part amb altres malalties significatives	971	,79%	33.077	2,38%	34,06	18,28	1	170	21	33	45	65
22 Diagnòstics aguts majors amb altres malalties significatives	1.736	1,42%	66.783	4,80%	38,47	40,41	2	393	15	27	49	108
23 Diagnòstics crònics significatius amb altres malalties significatives	1.668	1,36%	37.034	2,66%	22,20	17,57		169	10	17	29	56
31 Malaltia crònica menor única nivell 1	6.682	5,46%	95.350	6,85%	14,27	12,51		258	7	11	18	36
32 Malaltia crònica menor única nivell 2	593	,48%	13.932	1,00%	23,49	18,30	2	147	12	18	28	59
41 Malaltia crònica menor en diversos òrgans nivell 1	790	,65%	16.698	1,20%	21,14	15,40		107	11	17	26	48
42 Malaltia crònica menor en diversos òrgans nivell 2	83	,07%	2.208	,16%	26,60	18,28	6	101	15	22	31	65
43 Malaltia crònica menor en diversos òrgans nivell 3	246	,20%	7.103	,51%	28,87	20,18	4	164	16	25	35	61
44 Malaltia crònica menor en diversos òrgans nivell 4	30	,02%	1.146	,08%	38,20	22,23	13	103	24	31	48	98
51 Malaltia crònica predominant única nivell 1	10.537	8,62%	206.154	14,80%	19,56	20,35		394	9	15	24	49
52 Malaltia crònica predominant única nivell 2	2.658	2,17%	69.635	5,00%	26,20	22,67		318	12	20	33	69
53 Malaltia crònica predominant única nivell 3	745	,61%	22.527	1,62%	30,24	27,84		365	15	24	37	73
54 Malaltia crònica predominant única nivell 4	131	,11%	5.014	,36%	38,27	29,92	2	227	20	31	47	103
55 Malaltia crònica predominant única nivell 5	132	,11%	4.866	,35%	36,86	38,11		285	15	26	42	107
56 Malaltia crònica predominant única nivell 6	10	,01%	406	,03%	40,60	16,13	23	67	26	37	54	67
61 2 Malalties cròniques redominants nivell 1	3.539	2,89%	102.870	7,39%	29,07	24,17		344	15	23	36	69
62 2 Malalties cròniques predominants nivell 2	1.429	1,17%	55.542	3,99%	38,87	32,18		387	20	31	48	92
63 2 Malalties cròniques predominants nivell 3	653	,53%	30.710	2,21%	47,03	43,45	1	716	23	38	59	113
64 2 Malalties cròniques predominants nivell 4	349	,29%	21.654	1,55%	62,05	52,39	6	516	32	49	76	146
65 2 Malalties cròniques predominants nivell 5	183	,15%	12.763	,92%	69,74	55,01	8	418	36	59	87	158

ACRG3_2006_TOT_mod	Activ_sanitària_total_TOT											
	Recompte	% N	Suma	% suma	Mitjana	Desviació típica	Minin	Màxim	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 95
66 2 Malalties cròniques predominants nivell 6	30	,02%	2.158	,15%	71,93	32,43	29	144	40	72	89	137
71 3 Malalties cròniques predominants nivell 1	146	,12%	6.151	,44%	42,13	29,65	3	155	21	36	54	102
72 3 Malalties cròniques predominants nivell 2	125	,10%	8.452	,61%	67,62	60,73	8	451	38	54	81	136
73 3 Malalties cròniques predominants nivell 3	150	,12%	11.919	,86%	79,46	54,02	15	317	40	63	100	184
74 3 Malalties cròniques predominants nivell 4	40	,03%	3.092	,22%	77,30	52,07	20	192	39	61	109	190
75 3 Malalties cròniques predominants nivell 5	22	,02%	2.555	,18%	116,14	75,94	16	348	61	103	154	245
76 3 Malalties cròniques predominants nivell 6	8	,01%	1.311	,09%	163,88	94,06	35	280	88	157	254	280
81 Malaltia neoplàstica metastàtica nivell 1	45	,04%	1.874	,13%	41,64	32,34		156	17	32	55	96
82 Malaltia neoplàstica metastàtica nivell 2	166	,14%	9.172	,66%	55,25	42,91		213	26	44	69	141
83 Malaltia neoplàstica metastàtica nivell 3	127	,10%	6.668	,48%	52,50	50,65	4	369	25	41	62	131
84 Malaltia neoplàstica metastàtica nivell 4	58	,05%	4.216	,30%	72,69	67,92	11	466	33	55	97	181
85 Malaltia neoplàstica metastàtica nivell 5	15	,01%	1.463	,11%	97,53	55,12	34	189	50	73	149	189
91 Malalties molt greus nivell 1	26	,02%	1.285	,09%	49,42	46,79	4	209	13	39	60	131
92 Malalties molt greus nivell 2	139	,11%	3.428	,25%	24,66	25,61	1	236	11	19	30	56
93 Malalties molt greus nivell 3	50	,04%	6.640	,48%	132,80	111,32	2	556	31	122	207	281
94 Malalties molt greus nivell 4	29	,02%	2.107	,15%	72,66	71,89	5	243	18	35	123	205
95 Malalties molt greus nivell 5	20	,02%	2.027	,15%	101,35	93,98	22	330	37	53	155	290
96 Malalties molt greus nivell 6	7	,01%	1.459	,10%	208,43	81,92	133	324	134	165	291	324
Total	122.295	100,00%	1.392.639	100,00%	11,39	19,59		716	1	6	14	41

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Taula 10: Distribució dels costos dels recursos sanitaris per ACRG3 de la població del Baix Empordà (any 2006)

ACRG3_2006_TOT_mod	Cost sanitari total_TOT												
	Recompte	% N	Suma	% suma	Pes mitjà	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 95
10 Sans Usuaris	54.651	44,69%	15.603.252,64	16,96%	0,3795	285,51	1.960,44	0,00	361.711,08	54,08	128,00	271,64	818,85
11 Sans no usuaris	22.279	18,22%	0,00	0,00%	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12 Embaràs i part sense altres malalties significatives	730	0,60%	1.078.997,14	1,17%	1,9646	1.478,08	1.693,28	0,00	22.091,21	703,68	1.189,88	1.829,57	3.200,53
13 Problemes neonatals majors	70	0,06%	211.130,04	0,23%	4,0090	3.016,14	4.115,67	0,00	19.994,99	576,96	1.321,15	2.673,61	12.335,35
14 Diagnòstics aguts majors sense altres malalties significatives	1.179	0,96%	1.177.179,27	1,28%	1,3271	998,46	2.475,08	0,00	46.053,65	192,22	398,58	955,78	3.329,84
15 Diagnòstics ginecològics	416	0,34%	236.794,61	0,26%	0,7566	569,22	763,88	10,58	8.325,96	200,69	370,82	628,03	1.846,64
16 Diagnòstics crònics significatius sense altres malalties significatives	2.471	2,02%	2.207.673,25	2,40%	1,1875	893,43	2.273,12	0,00	68.722,37	181,33	410,50	956,86	2.667,65
20 Història de malaltia crònica menor única	6.131	5,01%	3.467.868,16	3,77%	0,7518	565,63	900,34	0,00	39.127,69	199,40	346,91	638,98	1.657,25
21 Embaràs i part amb altres malalties significatives	971	0,79%	1.799.927,81	1,96%	2,4639	1.853,68	2.703,45	25,84	69.163,81	950,24	1.526,70	2.178,78	3.832,63
22 Diagnòstics aguts majors amb altres malalties significatives	1.736	1,42%	6.142.329,93	6,68%	4,7029	3.538,21	6.332,12	38,49	119.639,50	624,28	1.458,86	3.676,80	13.384,36
23 Diagnòstics crònics significatius amb altres malalties significatives	1.668	1,36%	2.339.347,46	2,54%	1,8642	1.402,49	2.104,59	0,00	33.836,72	455,89	888,32	1.634,86	3.724,74
31 Malaltia crònica menor única nivell 1	6.682	5,46%	4.751.543,69	5,16%	0,9452	711,10	1.270,35	0,00	67.150,04	247,57	443,03	819,18	2.054,75
32 Malaltia crònica menor única nivell 2	593	0,48%	690.441,89	0,75%	1,5476	1.164,32	1.274,68	51,39	14.595,90	474,56	767,72	1.396,53	3.324,28
41 Malaltia crònica menor en diversos òrgans nivell 1	790	0,65%	866.685,42	0,94%	1,4582	1.097,07	1.629,07	0,00	39.193,28	452,27	763,85	1.328,76	2.722,21
42 Malaltia crònica menor en diversos òrgans nivell 2	83	0,07%	106.711,78	0,12%	1,7089	1.285,68	961,23	165,71	5.085,39	701,24	956,56	1.603,74	3.380,06
43 Malaltia crònica menor en diversos òrgans nivell 3	246	0,20%	369.615,30	0,40%	1,9971	1.502,50	1.182,05	149,20	7.262,84	715,33	1.236,77	1.751,93	4.055,90
44 Malaltia crònica menor en diversos òrgans nivell 4	30	0,02%	59.821,88	0,07%	2,6505	1.994,06	1.571,80	489,04	7.649,85	993,88	1.313,54	3.021,33	4.656,02
51 Malaltia crònica predominant única nivell 1	10.537	8,62%	14.257.098,11	15,50%	1,7985	1.353,05	2.467,60	0,00	50.569,06	397,08	751,15	1.388,29	4.106,31
52 Malaltia crònica predominant única nivell 2	2.658	2,17%	5.108.767,22	5,55%	2,5547	1.922,03	3.107,69	13,01	56.209,60	576,19	1.084,06	2.012,12	6.892,71
53 Malaltia crònica predominant única nivell 3	745	0,61%	1.836.492,79	2,00%	3,2766	2.465,09	4.272,40	0,00	41.372,37	679,28	1.280,17	2.313,35	7.859,32
54 Malaltia crònica predominant única nivell 4	131	0,11%	424.932,13	0,46%	4,3116	3.243,76	4.122,30	314,36	33.872,62	1.192,28	2.138,90	3.612,08	8.777,68
55 Malaltia crònica predominant única nivell 5	132	0,11%	468.703,67	0,51%	4,7197	3.550,79	7.752,73	320,04	82.350,43	1.037,32	1.771,74	3.360,05	11.611,43
56 Malaltia crònica predominant única nivell 6	10	0,01%	37.372,58	0,04%	4,9675	3.737,26	3.257,70	1.059,78	10.614,17	1.461,57	2.021,24	5.937,53	10.614,17
61 2 Malalties cròniques predominants nivell 1	3.539	2,89%	7.288.755,41	7,92%	2,7375	2.059,55	2.410,97	104,02	29.440,47	782,59	1.377,96	2.318,88	6.644,96
62 2 Malalties cròniques predominants nivell 2	1.429	1,17%	4.308.768,27	4,68%	4,0078	3.015,23	3.535,12	0,00	38.497,56	1.130,07	1.952,45	3.418,33	9.596,70
63 2 Malalties cròniques predominants nivell 3	653	0,53%	2.950.410,63	3,21%	6,0056	4.518,24	7.281,27	199,43	104.042,22	1.531,82	2.668,16	4.894,43	13.031,87
64 2 Malalties cròniques predominants nivell 4	349	0,29%	2.061.670,61	2,24%	7,8520	5.907,37	7.702,62	306,94	85.743,42	2.207,79	4.030,21	6.770,40	16.664,91
65 2 Malalties cròniques predominants nivell 5	183	0,15%	1.343.176,54	1,46%	9,7559	7.339,76	9.402,06	721,08	70.705,90	2.811,40	4.582,40	8.428,07	18.291,82
66 2 Malalties cròniques predominants nivell 6	30	0,02%	260.213,45	0,28%	11,5291	8.673,78	6.402,76	1.726,09	33.586,82	4.560,28	6.692,03	9.974,15	18.972,27
71 3 Malalties cròniques predominants nivell 1	146	0,12%	595.908,51	0,65%	5,4252	4.081,57	4.260,81	338,11	26.957,89	1.595,01	2.631,52	4.447,07	12.596,65

ACRG3_2006_TOT_mod	Cost_sanitari_total_TOT												
	Recompte	% N	Suma	% suma	Pes mitjà	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 95
72 3 Malalties cròniques predominants nivell 2	125	0,10%	901.453,02	0,98%	9,5856	7.211,62	7.784,50	411,19	42.104,89	3.060,37	4.745,42	7.836,60	27.607,29
73 3 Malalties cròniques predominants nivell 3	150	0,12%	1.129.488,83	1,23%	10,0087	7.529,93	6.516,40	743,37	41.496,08	3.561,32	5.361,87	9.225,92	22.135,46
74 3 Malalties cròniques predominants nivell 4	40	0,03%	377.952,92	0,41%	12,5593	9.448,82	8.880,18	1.302,59	43.444,65	3.949,85	5.801,24	12.119,49	29.205,59
75 3 Malalties cròniques predominants nivell 5	22	0,02%	326.435,90	0,35%	19,7225	14.838,00	14.922,24	1.087,56	65.930,66	6.943,81	10.361,05	18.317,10	44.348,61
76 3 Malalties cròniques predominants nivell 6	8	0,01%	141.972,77	0,15%	23,5886	17.746,60	14.613,42	2.636,03	47.753,30	7.388,05	13.936,74	24.466,93	47.753,30
81 Malaltia neoplàstica metastàtica nivell 1	45	0,04%	259.121,00	0,28%	7,6538	5.758,24	8.710,38	0,00	52.483,70	1.041,17	2.991,71	6.485,36	19.472,08
82 Malaltia neoplàstica metastàtica nivell 2	166	0,14%	1.580.580,03	1,72%	12,6560	9.521,57	11.851,16	50,06	70.587,51	2.053,98	5.123,73	13.383,95	35.225,95
83 Malaltia neoplàstica metastàtica nivell 3	127	0,10%	1.047.910,83	1,14%	10,9675	8.251,27	8.626,13	103,90	49.046,62	1.862,58	5.596,37	11.567,65	26.705,41
84 Malaltia neoplàstica metastàtica nivell 4	58	0,05%	598.202,82	0,65%	13,7090	10.313,84	11.371,56	613,66	57.049,13	4.501,41	6.944,47	12.109,76	51.359,63
85 Malaltia neoplàstica metastàtica nivell 5	15	0,01%	215.700,02	0,23%	19,1137	14.380,00	10.100,60	2.017,93	33.816,69	5.591,30	12.296,93	23.706,66	33.816,69
91 Malalties molt greus nivell 1	26	0,02%	147.222,24	0,16%	7,5264	5.662,39	10.142,23	72,05	44.179,80	1.334,44	3.013,53	5.010,08	33.780,69
92 Malalties molt greus nivell 2	139	0,11%	1.004.153,05	1,09%	9,6022	7.224,12	6.754,34	89,36	52.096,94	3.400,54	6.826,02	8.799,08	17.248,43
93 Malalties molt greus nivell 3	50	0,04%	970.484,78	1,05%	25,7992	19.409,70	13.284,71	279,44	62.487,48	8.416,86	16.294,05	30.561,29	38.223,24
94 Malalties molt greus nivell 4	29	0,02%	673.729,02	0,73%	30,8798	23.232,04	49.162,71	378,88	271.194,15	5.816,25	10.715,25	24.838,21	50.467,56
95 Malalties molt greus nivell 5	20	0,02%	364.398,83	0,40%	24,2177	18.219,94	11.885,64	1.537,42	46.721,19	9.565,14	13.361,08	27.719,87	40.593,05
96 Malalties molt greus nivell 6	7	0,01%	216.847,93	0,24%	41,1760	30.978,28	10.348,35	18.911,57	43.336,64	21.855,24	27.046,22	40.989,14	43.336,64
Total	122.295	100,00%	92.007.244,21	100,00%	1,0000	752,34	2.740,51	0,00	361.711,08	31,83	184,53	607,94	2.793,23

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Taula 11: Patologies cròniques: persones, utilització i costos de la població del Baix Empordà (any 2006)

Cròniques_CONC_2006	Recompte	Cost_sanitari_total_TOT (€) (contactes)		Cost_sanitari_total_TOT (€)		Cost_farmàcia_TOT (€)	
		Suma	Mitjana	Suma	Mitjana	Suma	Mitjana
Total	12.697	359.141	28,29	29.346.835,96	2.311,32	11.473.725,26	903,66
% total població / pes mitjà	10,4%	25,9%	2,49	31,90%	3,07	39,93%	3,85
5192 Hipertensió	4.054	78.610	19,39	4.166.569,82	1.027,77	1.976.431,32	487,53
5424 Diabetis	1.754	35.407	20,19	2.169.107,86	1.236,66	1.073.576,11	612,07
6144 Diabetis i hipertensió	1.171	28.836	24,63	1.644.620,80	1.404,46	848.123,76	724,27
6143 Diabetis i altres malalties cròniques moderades	722	24.963	34,57	1.947.580,04	2.697,48	798.901,55	1.106,51
5138 Asma	719	13.314	18,52	665.753,77	925,94	227.350,80	316,20
5006 Malaltia d'Alzheimer i altres demències	280	8.169	29,18	729.689,70	2.606,03	398.284,36	1.422,44
5133 Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquiectasi	269	6.414	23,84	608.548,29	2.262,26	216.262,67	803,95
6161 Demència i altres malalties cròniques moderades	242	8.217	33,95	695.362,64	2.873,40	322.882,60	1.334,23
5179 Insuficiència cardíaca congestiva	223	6.569	29,46	400.747,12	1.797,07	172.730,15	774,57
6100 Fallida renal crònica i altres malalties cròniques predominants o moderades	197	9.132	46,36	1.108.863,77	5.628,75	260.124,36	1.320,43
5182 Història d'infart de miocardi	182	4.486	24,65	566.959,79	3.115,16	164.172,40	902,05
6141 Diabetis i altres malalties cròniques predominants	179	8.579	47,93	711.627,24	3.975,57	248.009,64	1.385,53
9030 Infecció pel VIH	179	4.951	27,66	1.465.514,74	8.187,23	961.466,56	5.371,32
7071 Diabetis, hipertensió i altres malalties cròniques predominants	177	9.590	54,18	856.641,10	4.839,78	316.749,73	1.789,55
6140 Diabetis i malaltia coronària avançada	151	5.315	35,20	590.942,53	3.913,53	217.945,76	1.443,35
6123 Malaltia pulmonar obstructiva crònica i altres malalties cròniques moderades	139	6.413	46,14	632.160,81	4.547,92	181.146,53	1.303,21
5191 Aterosclerosi coronària	130	2.065	15,88	215.709,12	1.659,30	128.738,36	990,30
5183 Angina i cardiopatia isquèmica	127	2.756	21,70	229.658,57	1.808,34	104.236,65	820,76
6132 Malaltia cerebrovascular i altres malalties cròniques moderades	124	7.462	60,18	711.857,50	5.740,79	138.708,96	1.118,62
5473 Fallida renal crònica	122	3.082	25,26	414.916,94	3.400,96	103.727,99	850,23
5004 Malaltia cerebrovascular amb infart o hemorràgia intracranial	112	3.602	32,16	342.841,24	3.061,08	71.336,89	636,94
6111 Insuficiència cardíaca congestiva i diabetis	102	5.809	56,95	465.424,32	4.562,98	166.016,74	1.627,62
6124 Malaltia pulmonar obstructiva crònica i hipertensió	100	2.942	29,42	213.832,73	2.138,33	112.982,72	1.129,83
6151 Malaltia coronària avançada i altres malalties cròniques moderades	85	3.542	41,67	362.114,03	4.260,17	130.808,47	1.538,92
6241 Asma i altres malalties cròniques moderades	84	2.635	31,37	175.178,39	2.085,46	67.565,91	804,36
6116 Insuficiència cardíaca congestiva i altres malalties cròniques moderades	79	3.970	50,25	378.674,41	4.793,35	97.987,61	1.240,35
6120 Malaltia pulmonar obstructiva crònica i diabetis	76	4.092	53,84	364.147,73	4.791,42	132.522,66	1.743,72
7001 Fallida renal crònica, diabetis, altres malalties cròniques predominants	66	5.394	81,73	664.924,70	10.074,62	139.923,95	2.120,06
6110 Malaltia pulmonar obstructiva crònica i insuficiència cardíaca congestiva	61	3.483	57,10	325.311,86	5.332,98	97.617,45	1.600,29
6122 Malaltia pulmonar obstructiva crònica i altres malalties cròniques predominants	55	2.463	44,78	223.461,97	4.062,94	80.103,72	1.456,43
6130 Malaltia cerebrovascular i diabetis	45	2.099	46,64	240.049,76	5.334,44	61.517,80	1.367,06
9020 Diàlisi sense diabetis	39	7.274	186,51	1.257.106,66	32.233,50	441.027,35	11.308,39
6115 Insuficiència cardíaca congestiva i demència	35	1.743	49,80	138.457,54	3.955,93	43.335,35	1.238,15
6142 Diabetis i asma	35	1.540	44,00	102.888,19	2.939,66	39.558,18	1.130,23
7010 Insuficiència cardíaca congestiva, diabetis, malaltia pulmonar obstructiva crònica	35	2.604	74,40	264.474,62	7.556,42	63.080,15	1.802,29
5012 Història d'atac isquèmic transitori	32	432	13,50	42.003,23	1.312,60	21.447,29	670,23
6150 Malaltia coronària avançada i altres malalties cròniques predominants	31	1.239	39,97	131.152,87	4.230,74	34.079,55	1.099,34

Cròniques_CONC_2006	Recompte	Cost_sanitari_total_TOT (€) (contactes)		Cost_sanitari_total_TOT (€)		Cost_farmàcia_TOT (€)	
		Suma	Miñana	Suma	Miñana	Suma	Miñana
6242 Asma i hipertensió	31	881	28,42	63.797,98	2.058,00	36.232,56	1.168,79
7020 Diabetis, malaltia coronària avançada, altres malalties cròniques predominants	31	1.588	51,23	226.732,24	7.313,94	59.883,24	1.931,72
7002 Fallida renal crònica, 2 o més malalties cròniques predominants	29	2.534	87,38	301.910,47	10.410,71	38.544,96	1.329,14
7070 Diabetis, malaltia cerebrovascular, hipertensió	28	1.455	51,96	145.539,39	5.197,84	36.159,49	1.291,41
6131 Malaltia cerebrovascular i altres malalties cròniques predominants	27	1.395	51,67	163.750,47	6.064,83	35.263,78	1.306,07
7012 Insuficiència cardíaca congestiva, diabetis, altres malalties cròniques predominants	27	2.372	87,85	249.521,52	9.241,54	56.799,05	2.103,67
6145 Diabetis i altres malalties cròniques	26	1.219	46,88	71.707,89	2.758,00	22.670,69	871,95
6121 Malaltia pulmonar obstructiva crònica i malaltia coronària avançada	22	964	43,82	127.067,54	5.775,80	35.059,14	1.593,60
6160 Demència i altres malalties cròniques predominants	20	896	44,80	70.860,69	3.543,03	39.521,34	1.976,07
7022 Diabetis, malaltia pulmonar obstructiva crònica, altres malalties cròniques predominants	19	1.247	65,63	101.747,96	5.355,16	38.031,55	2.001,66
6114 Insuficiència cardíaca congestiva i altres malalties cròniques predominants	17	1.298	76,35	103.333,41	6.078,44	27.672,17	1.627,77
6152 Malaltia coronària avançada i altres malalties cròniques	17	785	46,18	51.112,75	3.006,63	18.753,50	1.103,15
6162 Demència i altres malalties cròniques	17	736	43,29	61.274,17	3.604,36	26.888,76	1.581,69
6291 Asma i altres malalties cròniques	16	572	35,75	27.842,33	1.740,15	8.725,45	545,34
7021 Diabetis, malaltia cerebrovascular, altres malalties cròniques predominants	16	1.482	92,63	122.844,22	7.677,76	29.331,53	1.833,22
7013 Insuficiència cardíaca congestiva, malaltia pulmonar obstructiva crònica, altres malalties cròniques predominants	15	1.001	66,73	98.129,12	6.541,94	23.279,49	1.551,97
6117 Insuficiència cardíaca congestiva i altres malalties cròniques	14	1.030	73,57	136.607,12	9.757,65	17.181,21	1.227,23
5188 Història d'empelt de derivació d'artèria coronària	11	268	24,36	33.980,40	3.089,13	12.841,19	1.167,38
6113 Insuficiència cardíaca congestiva i malaltia cerebrovascular	11	1.017	92,45	85.640,63	7.785,51	11.503,12	1.045,74
7023 Diabetis, 2 o més malalties cròniques predominants	11	1.257	114,27	129.462,95	11.769,36	23.424,30	2.129,48
9010 Diàlisi amb diabetis	11	2.085	189,55	306.616,37	27.874,22	65.727,27	5.975,21
6125 Malaltia pulmonar obstructiva crònica i altres malalties cròniques	10	378	37,80	39.951,40	3.995,14	12.536,43	1.253,64
7016 Insuficiència cardíaca congestiva, 2 o més malalties cròniques predominants	8	394	49,25	37.381,93	4.672,74	7.608,02	951,00
5013 Malaltia cerebrovascular sense infart	7	209	29,86	15.478,84	2.211,26	8.045,93	1.149,42
6240 Altres malalties cròniques predominants i asma	7	318	45,43	33.486,15	4.783,74	18.820,91	2.688,70
7030 Malaltia pulmonar obstructiva crònica, malaltia coronària avançada, altres malalties cròniques predominants	7	465	66,43	64.017,47	9.145,35	15.451,77	2.207,40
7031 Malaltia pulmonar obstructiva crònica, 2 o més malalties cròniques predominants	7	653	93,29	64.495,15	9.213,59	20.018,38	2.859,77
5474 Estat de trasplantament renal	6	148	24,67	42.091,51	7.015,25	37.293,29	6.215,55
7011 Insuficiència cardíaca congestiva, diabetis, malaltia cerebrovascular	6	458	76,33	44.168,25	7.361,37	9.344,68	1.557,45
7015 Insuficiència cardíaca congestiva, malaltia cerebrovascular, altres malalties cròniques predominants	3	319	106,33	39.747,90	13.249,30	7.452,55	2.484,18
7041 Malaltia coronària avançada, 2 o més malalties cròniques predominants	3	388	129,33	38.765,75	12.921,92	9.820,25	3.273,42
6133 Malaltia cerebrovascular i altres malalties cròniques	2	97	48,50	7.137,01	3.568,50	726,34	363,17
5189 Història d'angioplastia coronària transluminal percutània	1	9	9,00	1.657,60	1.657,60	1.433,39	1.433,39
6112 Insuficiència cardíaca congestiva i malaltia vascular perifèrica	1	30	30,00	14.100,98	14.100,98	1.197,49	1.197,49

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Taula 12: Malaltia neoplàstica: persones, utilització i costos de la població del Baix Empordà (any 2006)

Neoplàsies_CONC_2006	Recompte	Cost_sanitari_total_TOT (€) (contactes)		Cost_sanitari_total_TOT (€)		Cost_farmàcia_TOT (€)	
		Suma	Mitjana	Suma	Mitjana	Suma	Mitjana
Total	1.244	52.315	42,05	7.128.870,31	5.730,80	2.087.217,59	1.677,83
% total població / pes mitjà	1,0%	3,8%	3,70	7,75%	7,62	7,26%	7,14
5662 Neoplàsia maligna de mama	159	5.768	36,28	674.979,30	4.245,15	288.740,92	1.815,98
8651 Neoplàsia maligna d'aparell digestiu	110	5.700	51,82	944.147,32	8.583,16	143.773,26	1.307,03
6231 Neoplàsies malignes no predominants i altres malalties cròniques moderades	98	3.991	40,72	409.027,09	4.173,75	128.124,83	1.307,40
5657 Neoplàsia maligna de còlon	91	3.886	42,70	563.618,96	6.193,61	234.445,75	2.576,33
8647 Neoplàsia maligna de pulmó	81	4.854	59,93	790.940,72	9.764,70	117.003,61	1.444,49
5663 Neoplàsia maligna de pròstata	77	1.580	20,52	239.858,84	3.115,05	113.676,97	1.476,32
6211 Neoplàsia maligna de mama i altres malalties cròniques moderades	72	3.273	45,46	247.309,51	3.434,85	114.255,46	1.586,88
5658 Altres neoplàsies malignes	68	2.149	31,60	281.052,65	4.133,13	39.378,60	579,10
6221 Neoplàsia maligna de pròstata i altres malalties cròniques moderades	64	2.166	33,84	214.730,38	3.355,16	135.415,95	2.115,87
5664 Neoplàsia maligna d'òrgans genitourinaris	61	1.673	27,43	201.080,46	3.296,40	35.373,66	579,90
3408 Neoplàsia maligna de pell	59	922	15,63	54.434,46	922,62	16.501,56	279,69
8657 Neoplàsia maligna de còlon	36	2.441	67,81	350.238,40	9.728,84	116.477,71	3.235,49
8658 Altres neoplàsies malignes	36	2.444	67,89	469.080,90	13.030,02	119.670,10	3.324,17
8649 Neoplàsia maligna de fetge	34	1.349	39,68	117.615,43	3.459,28	18.790,98	552,68
5665 Limfoma maligne no hodgkinià	25	1.122	44,88	237.645,81	9.505,83	149.742,75	5.989,71
6282 Altres neoplàsies malignes no predominants i altres malalties cròniques	20	1.045	52,25	135.620,33	6.781,02	33.674,71	1.683,74
8650 Neoplàsia maligna d'ovari	16	449	28,06	71.237,37	4.452,34	8.442,49	527,66
8663 Neoplàsia maligna de pròstata	15	1.251	83,40	140.860,77	9.390,72	45.993,29	3.066,22
8646 Cervell i neoplàsies malignes del sistema nerviós central	14	993	70,93	158.579,22	11.327,09	9.529,37	680,67
8002 Neoplàsies malignes primàries no predominants múltiples	13	630	48,46	72.295,16	5.561,17	19.822,61	1.524,82
8648 Neoplàsia maligna de pàncrees	13	573	44,08	83.590,22	6.430,02	15.899,77	1.223,06
8654 Mieloma múltiple	13	1.051	80,85	153.281,85	11.790,91	50.748,62	3.903,74
6230 Altres malalties cròniques predominants i altres neoplàsies malignes no dominants	12	584	48,67	82.508,80	6.875,73	20.419,20	1.701,60
8655 Leucèmia limfoide aguda	9	454	50,44	167.584,23	18.620,47	5.514,45	612,72
5661 Neoplàsia maligna de proteïna plasmàtica	8	144	18,00	19.269,30	2.408,66	7.993,65	999,21
5662 Neoplàsia maligna de mama	8	509	63,63	87.697,13	10.962,14	38.366,62	4.795,83
5660 Limfoma de Hodgkin	7	162	23,14	18.138,13	2.591,16	3.624,97	517,85
6220 Altres malalties cròniques predominants i neoplàsia maligna de pròstata	4	150	37,50	25.105,12	6.276,28	9.179,93	2.294,98
6280 Neoplàsia maligna de mama i altres malalties cròniques	4	232	58,00	18.832,89	4.708,22	8.882,95	2.220,74
8652 Leucèmia limfoide crònica	4	232	58,00	39.721,19	9.930,30	19.102,93	4.775,73
6210 Altres malalties cròniques predominants i neoplàsia maligna de mama	3	54	18,00	3.636,83	1.212,28	1.725,83	575,28
8001 Neoplàsies malignes primàries múltiples predominants	3	189	63,00	27.797,39	9.265,80	11.311,02	3.770,34
8653 Leucèmia no limfoide crònica	2	60	30,00	5.941,72	2.970,86	3.913,41	1.956,71
8665 Limfoma no hodgkinià	2	160	80,00	11.135,03	5.567,51	1.180,60	590,30
5695 Neoplàsies malignes no especificades i no classificades a cap altre lloc	1	21	21,00	506,75	506,75	231,35	231,35
8656 Leucèmia no limfoide aguda	1	34	34,00	6.904,01	6.904,01	13,24	13,24
8664 Neoplàsia maligna genitourinària	1	20	20,00	2.866,64	2.866,64	274,47	274,47

Taula 13: Malalties mentals: persones, utilització i costos de la població del Baix Empordà (Any 2006)

Salut_mental_conc_2006	Recompte	Cost_sanitari_total_TOT (€) (contactes)		Cost_sanitari_total_TOT (€)		Cost_farmàcia_TOT (€)	
		Suma	Mitjana	Suma	Mitjana	Suma	Mitjana
Total	2.575	45.876	17,82	3.334.809,19	1.295,07	1.234.607,43	479,46
% total població / pes mitjà	2,1%	3,3%	1,57	3,62%	1,72	4,30%	2,04
3755 Depressió	793	10.599	13,37	613.222,11	773,29	242.995,80	306,43
3756 Diagnòstics de salut mental crònics - menor	348	5.645	16,22	222.432,11	639,17	84.718,88	243,45
3757 Diagnòstics d'estrès crònic i ansietat	322	4.386	13,62	182.484,79	566,72	64.085,75	199,02
2140 Malaltia mental major o diagnòstic d'abús de substàncies amb altres malalties significatives	165	3.409	20,66	246.266,32	1.492,52	76.889,78	466,00
5749 Depressió i altres psicosis	145	2.652	18,29	245.000,45	1.689,66	110.367,45	761,15
5743 Esquizofrènia	129	4.149	32,16	654.883,82	5.076,62	246.756,86	1.912,84
5784 Abús d'alcohol crònic	125	2.530	20,24	202.364,22	1.618,91	43.874,18	350,99
5747 Trastorn bipolar	98	2.686	27,41	270.653,16	2.761,77	106.145,63	1.083,12
6201 Malaltia psiquiàtrica (excepte esquizofrènia) i altres malalties cròniques moderades	97	3.038	31,32	215.967,82	2.226,47	90.670,36	934,75
3754 Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat	57	845	14,82	44.761,33	785,29	14.759,51	258,94
5748 Trastorn de la conducta, trastorn del control de l'impuls i altres trastorns perjudicials de la conducta	49	731	14,92	30.866,07	629,92	5.137,99	104,86
5744 Trastorn de la conducta alimentària	46	751	16,33	58.120,04	1.263,48	9.452,34	205,49
6251 Abús de substàncies cròniques moderades i altres malalties cròniques moderades	42	1.125	26,79	93.744,62	2.232,01	19.049,94	453,57
3789 Diagnòstics relacionats amb l'abús de drogues	35	462	13,20	17.428,86	497,97	5.788,63	165,39
5751 Diagnòstics de salut mental crònics - moderat	30	484	16,13	35.515,62	1.183,85	15.131,00	504,37
5750 Trastorns de la personalitat majors	22	478	21,73	52.384,19	2.381,10	32.680,31	1.485,47
5786 Abús de drogues - cànnabis - no especificat en cap altre lloc - no classificat en cap altre lloc	17	217	12,76	8.871,26	521,84	3.578,52	210,50
6290 Malaltia psiquiàtrica (excepte esquizofrènia) i altres malalties cròniques	12	373	31,08	26.002,90	2.166,91	12.301,12	1.025,09
6200 Altres malalties cròniques predominants i malaltia psiquiàtrica (excepte esquizofrènia)	11	359	32,64	27.647,82	2.513,44	14.695,00	1.335,91
5782 Abús de cocaïna	10	130	13,00	8.206,63	820,66	3.923,07	392,31
6171 Esquizofrènia i altres malalties cròniques moderades	8	217	27,13	23.985,49	2.998,19	15.474,81	1.934,35
6250 Altres malalties cròniques predominants i abús de substàncies crònic moderat	5	275	55,00	16.322,86	3.264,57	965,96	193,19
6170 Esquizofrènia i altres malalties cròniques dominants	4	213	53,25	28.702,69	7.175,67	9.665,45	2.416,36
5783 Abús d'opioides	2	22	11,00	4.152,54	2.076,27	3.415,77	1.707,89
5785 Altres abusos de drogues significatius	1	28	28,00	827,30	827,30	171,09	171,09
6172 Esquizofrènia i altres malalties cròniques	1	42	42,00	2.639,58	2.639,58	1.325,48	1.325,48
6292 Abús de drogues crònic moderat i altres malalties cròniques	1	30	30,00	1.354,57	1.354,57	586,75	586,75

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Taula 14: Utilització de recursos sanitaris per part dels 25 CRG base més freqüents i ABS en la població del Baix Empordà (Any 2006)

ABS	Activ_sanitària_total_TOT (contactos)					Total
	SSIBE				ICS	
CRGbase_2006_TOT_mod	BI	PA	PF	TO	SF	
Total	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana
1000 Sans	5,98	6,59	5,67	5,59	7,75	6,49
1001 No usuaris sans	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5192 Hipertensió	18,98	18,12	16,70	13,84	25,10	19,39
2030 Malaltia aguda significativa, excloses patologies d'otorinolaringologia	10,65	11,87	10,50	10,42	15,88	11,77
2020 Malaltia aguda significativa en els darrers 90 dies, excloses patologies d'otorinolaringologia	14,94	17,60	13,95	14,52	22,87	16,85
5424 Diabetis	19,84	19,35	16,27	15,98	28,79	20,19
5442 Diagnòstics crònics endocrins, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat - moderat	14,56	15,68	13,84	14,80	18,05	15,01
6270 Dues malalties cròniques moderades diferents	31,43	33,11	29,62	26,28	40,94	31,89
6144 Diabetis i hipertensió	23,45	23,06	23,46	17,31	30,36	24,63
1013 Diagnòstics gastrointestinals, hepàtics i d'hèrnies sense altres malalties significatives	11,32	11,79	8,99	12,26	13,79	11,68
4000 Diagnòstics menors primaris crònics múltiples	21,78	22,59	20,43	20,96	36,37	23,63
2110 Diagnòstics ortopèdics i per traumatisme amb altres malalties significatives	41,77	50,39	42,92	43,39	53,52	47,11
2150 Diagnòstics gastrointestinals, hepàtics i d'hèrnies amb altres malalties significatives	18,73	21,46	18,41	18,83	28,06	21,50
3358 Diagnòstics crònics conjunts i musculoesquelètics - menor	16,86	19,83	14,44	15,70	27,02	18,52
3755 Depressió	11,86	11,92	12,75	10,18	20,63	13,37
1009 Diagnòstics ortopèdics i per traumatisme sense altres malalties significatives	13,28	14,77	11,91	14,58	17,11	14,64
6143 Diabetis i altres malalties cròniques moderades	36,84	33,31	28,99	30,76	48,43	34,57
5138 Asma	15,82	20,35	14,58	16,28	22,06	18,52
1014 Diagnòstic cardiovascular sense altres malalties significatives	9,13	7,98	7,83	5,93	16,71	12,44
2080 Embaràs i part amb altres malalties significatives	36,38	33,67	33,43	34,93	37,45	35,11
1003 Embaràs i part sense altres malalties significatives	22,26	24,61	22,21	22,62	23,53	23,15
5354 Osteoporosi	14,98	18,65	17,97	11,58	29,54	19,37
3357 Artrosi	16,73	18,87	17,07	14,61	28,97	20,06
3080 Diagnòstics crònics de l'ull - menor	11,36	12,34	11,57	10,43	15,38	12,26
3446 Malalties cròniques de la tiroide	11,16	13,88	12,43	11,83	18,58	13,77

Taula 15: Cost sanitari total dels recursos sanitaris per part dels 25 CRG base més freqüents i ABS en la població del Baix Empordà (any 2006)

ABS	Cost sanitari total_TOT (€)					
	ABS					
	BI	PA	PF	TO	SF	Total
CRGbase_2006_TOT_mod	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana
Total	757,31	837,44	731,35	632,10	753,71	752,34
1000 Sans	249,86	304,68	277,80	231,25	317,11	285,51
1001 No usuaris sans	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5192 Hipertensió	904,67	1164,53	971,56	953,60	1096,53	1027,77
2030 1 Malaltia aguda significativa, excloses patologies d'otorinolaringologia	399,15	499,11	419,83	405,74	550,04	456,83
2020 1 Malaltia aguda significativa en els darrers 90 dies, excloses patologies d'otorinolaringologia	567,47	753,52	582,55	514,23	949,47	687,24
5424 Diabetis	1371,23	1193,39	1143,35	1158,86	1379,11	1236,66
5442 Diagnòstics crònics endocrins, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat - moderat	590,04	842,50	680,10	687,77	686,17	708,39
6270 Dues malalties cròniques moderades diferents	1972,98	2490,98	2043,53	2366,13	2274,36	2193,39
6144 Diabetis i hipertensió	1268,09	1571,26	1421,46	1127,20	1501,00	1404,46
1013 Diagnòstics gastrointestinals, hepàtics i d'hèrnies sense altres malalties significatives	836,27	697,23	535,35	693,58	846,23	717,38
4000 Diagnòstics menors primaris crònics múltiples menors	1092,79	1343,05	1094,21	1147,34	1442,96	1220,92
2110 Diagnòstics ortopèdics i per traumatisme amb altres malalties significatives	4754,04	4705,30	4399,99	4718,38	5029,70	4700,84
2150 Diagnòstics gastrointestinals, hepàtics i d'hèrnies sense altres malalties significatives	1271,33	1516,44	1127,10	1005,48	1337,89	1273,71
3358 Diagnòstics crònics conjunts i musculoesquelètics - menor	784,33	984,31	642,21	583,81	1061,01	809,14
3755 Depressió	867,04	777,89	804,85	551,86	789,20	773,29
1009 Diagnòstics ortopèdics i per traumatisme sense altres malalties significatives	819,07	805,56	795,98	798,99	1228,86	938,26
6143 Diabetis i altres malalties cròniques moderades	2670,25	2869,12	2191,44	2720,92	3465,32	2697,48
5138 Asma	722,59	1064,22	776,44	922,05	1003,71	925,94
1014 Diagnòstic cardiovascular sense altres malalties significatives	918,84	1057,16	902,91	827,05	1065,96	1004,74
2080 Embaràs i part amb altres malalties significatives	2379,48	1522,65	1800,93	2816,42	1684,25	1861,52
1003 Embaràs i part sense altres malalties significatives	1380,47	1424,16	1323,81	1377,28	1275,50	1347,39
5354 Osteoporosi	1175,49	1404,56	1254,08	1128,68	1693,43	1365,68
3357 Artrosi	748,89	1062,52	1012,47	927,22	1246,08	1038,16
3080 Diagnòstics crònics de l'ull - menor	430,57	580,74	892,85	432,06	540,79	631,24
3446 Malalties cròniques de la tiroide	467,93	665,08	579,40	419,34	726,74	587,72

La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa

Taula 16: Cost farmacèutic per part dels 25 CRG base més freqüents i ABS en la població del Baix Empordà (any 2006)

ABS	Cost_farmàcia_TOT (€)					
	ABS					Total
	BI	PA	PF	TO	SF	
CRGbase_2006_TOT_mod	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana
Total	237,50	251,68	225,58	190,55	250,09	234,95
1000 Sans	63,08	77,34	62,27	58,67	101,28	76,28
1001 No usuaris sans	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5192 Hipertensió	426,37	556,19	440,01	454,47	533,49	487,53
2030 Malaltia aguda significativa, excloses patologies d'otorinolaringologia	90,74	98,14	94,07	76,53	118,42	96,14
2020 Malaltia aguda significativa en els darrers 90 dies, excloses patologies d'otorinolaringologia	125,71	154,12	141,99	82,47	262,68	159,46
5424 Diabetis	707,98	562,74	567,81	524,25	726,33	612,07
5442 Diagnòstics crònics endocrins, nutricionals i metabòlics, i trastorns de la immunitat - moderat	159,09	265,43	251,89	166,94	308,09	243,72
6270 Dues malalties cròniques moderades diferents	669,97	977,11	714,58	773,07	876,55	789,57
6144 Diabetis i hipertensió	715,17	770,32	677,30	641,70	770,15	724,27
1013 Diagnòstics gastrointestinals, hepàtics i d'hèrnies sense altres malalties significatives	142,99	171,43	163,52	118,05	155,21	153,70
4000 Diagnòstics menors primaris crònics múltiples	351,37	432,22	418,59	440,03	425,99	414,69
2110 Diagnòstics ortopèdics i per traumatisme amb altres malalties significatives	837,74	731,93	840,08	816,83	890,71	824,84
2150 Diagnòstics gastrointestinals, hepàtics i d'hèrnies amb altres malalties significatives	281,75	432,42	280,51	209,41	314,61	316,51
3358 Diagnòstics crònics conjunts i musculoesquelètics - menor	151,14	175,07	169,23	97,49	259,43	176,39
3755 Depressió	352,24	315,18	314,55	256,47	271,97	306,43
1009 Diagnòstics ortopèdics i per traumatisme sense altres malalties significatives	72,95	112,53	71,60	105,66	105,83	95,37
6143 Diabetis i altres malalties cròniques moderades	1.050,83	1.178,27	1.022,19	971,82	1.313,53	1.106,51
5138 Asma	259,07	268,40	326,82	343,86	384,93	316,20
1014 Diagnòstic cardiovascular sense altres malalties significatives	404,84	367,22	441,76	444,36	548,33	483,81
2080 Embaràs i part amb altres malalties significatives	148,36	91,88	121,76	138,18	85,13	109,31
1003 Embaràs i part sense altres malalties significatives	47,51	46,02	40,34	115,23	70,08	59,54
5354 Osteoporosi	703,31	755,40	713,51	753,50	986,46	780,64
3357 Artrosi	291,29	405,74	425,10	422,76	542,50	427,32
3080 Diagnòstics de l'ull crònic - menor	71,23	89,16	63,29	35,15	95,15	72,10
3446 Malalties cròniques de la tiroide	128,37	216,15	121,07	104,80	144,72	147,45

3. Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Marisol Rodríguez Martínez
Meritxell Solé Juvés
Departament de Política Econòmica
i Estructura Econòmica Mundial
de la Universitat de Barcelona i
Centre de Recerca en Economia del Benestar (CREB)

Índex

Contribucions	105
Agraïments	106
Abreviacions	107
Índex de taules	107
Índex de figures	108
1. Introducció i objectiu	108
2. Antecedents	110
3. Metodologia i fonts d'informació	114
4. Resultats	118
5. Resum i conclusions	133
6. Limitacions i propostes de recerca futura	135
7. Bibliografia	135

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Contribucions

Aguado Menguy, Françoise	Institut Català de la Salut. Responsable de l'Àrea de Projectes i Avaluació
Álvarez Daroca, Marta	Servei Català de la Salut. Gerent de la Gerència Econòmica i de Sistemes d'Informació
Argenter Giralt, Miquel	Servei Català de la Salut. Director de l'Àrea de Recursos
Argimón Pallas, Josep Maria	Servei Català de la Salut. Gerent de Compra i Avaluació de Serveis Assistencials
Bohigas Santasusagna, Lluís	Departament de Salut. Assessor de la Direcció General de Planificació i Avaluació
Calvo Valencia, Elena	Departament de Salut. Cap del Gabinet Tècnic de la Direcció General de Planificació i Avaluació
Canela Soler, Jaume	Departament de Salut. Gabinet Tècnic de la Direcció General de Planificació i Avaluació
Martín Zurro, Amando	Departament de Salut. Codirector del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
de la Puente Martorell, M. Luisa	Departament de Salut. Directora General de Planificació i Avaluació
Sánchez Busqués, Eva	Servei Català de la Salut. Directora de l'Àrea de Patrimoni i Inversions
Pueyo Sánchez, M. Jesús	Departament de Salut. Gabinet Tècnic. Direcció General de Planificació i Avaluació

Agraïments

Azpilicueta Aguilar, Pau	Servei Català de la Salut. Divisió de Compra de Serveis Assistencials
Brosa Linares, Francesc	Servei Català de la Salut. Director de l'Àrea de Serveis i qualitat
Camp Casals, Lourdes	Servei Català de la Salut. Coordinadora operativa del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
Casas Puig, Carme	Servei Català de la Salut. Divisió de Compra de Serveis Assistencials
Colls Guerra, Cristina Pastor Fàbregas, Marta Cortés Garcia, Eugènia	Departament de Salut. Gabinet Tècnic. Direcció General de Planificació i Avaluació
Cutillas Castell, Sílvia	Servei Català de la Salut. Àrea de Serveis i Qualitat. Divisió d'Avaluació de Serveis
Díez Betoret, Josep Lluís	Servei Català de la Salut. Àrea de Serveis i Qualitat
Fornies Codina, Eulàlia	Institut Català de la Salut. Àrea de Projectes i Avaluació
Gilabert Perramon, Antoni	Servei Català de la Salut. Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries
Jodar Solà, Glòria	Departament de Salut. Codirectora del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
Llavayol Giralt, Montse	Servei Català de la Salut. Divisió de Compra de Serveis Assistencials
Magem Luque, David	Servei Català de la Salut. Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries
Martínez Reoyo, Eugenio	Servei Català de la Salut. Divisió de Compra de Serveis Assistencials
Morera Castell, Ramon	Departament de Salut. Codirector del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
Palau Corrales, Jaume	Institut Català de la Salut. Àrea de Projectes i Avaluació
Ponsà Asencio, Joan Antoni	Servei Català de la Salut. Divisió d'Avaluació de Serveis.
Teixidó Fontanillas, Josep Anton	Servei Català de la Salut. Divisió de Projectes. Àrea de Servei i Qualitat

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Abreviacions	Acrònim	Descripció
	AEP	Altres entitats proveïdores
	APiSC	Atenció primària i salut comunitària
	CA	Comunitats autònomes
	CAP	Centre d'atenció primària
	CatSalut	Servei Català de la Salut
	CICS	Classificació Internacional de Comptes de Salut
	COFOG	Classification of Functions of Government
	EAP	Equips d'atenció primària
	GTAGS	Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario
	GTS	Govern territorial de salut
	ICS	Institut Català de la Salut
	IPC	Índex de preus al consum
	OCDE	Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic
	OMS	Organització Mundial de la Salut
	PADES	Programa d'atenció domiciliària-equips de suport
	PASSIR	Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva
	PIAPiSC	Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
	RCA	Registre central d'assegurats
	XSUP	Xarxa sanitària d'utilització pública

Índex de taules	Descripció	Títol	Pàg.
Taula 1	Despesa ambulatoria pública total i despesa en el component de serveis mèdics i de diagnòstic bàsics com a percentatge de la despesa pública total en salut. Països seleccionats de l'OCDE, anys 2000 i 2005		110
Taula 2	Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2005		119
Taula 3	Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2006		120
Taula 4	Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2007		120
Taula 5	Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2008		120
Taula 6	Distribució percentual de la despesa per línies de servei a cada regió, 2007		121
Taula 7	Taxes de creixement de la despesa en APiSC, 2005-2008		122
Taula 8	Evolució de la despesa en APiSC respecte de la despesa total de CatSalut, 2005-2008		123
Taula 9	Distribució percentual de la despesa en APiSC per proveïdor i línies de servei, 2005-2008		125
Taula 10	Distribució percentual de la despesa en APiSC per tipus de proveïdor i regions, 2005-2008		127
Taula 11	Evolució de la població assignada i dels percentatges de participació en la despesa, per regions, 2005-2008		129
Taula 12	Despesa per persona assignada, per línies de servei i regió, 2007		131
Taula 13	Dades d'equipament, activitat i despesa per visita i recepta dels EAP, 2007		132

Índex de figures	Descripció	Títol	Pàg.
Figura 1	Pes dels serveis d'atenció primària en el conjunt de la despesa consolidada de les CA el 2005		112
Figura 2	L'abast de l'APiSC		115
Figura 3	Evolució de la despesa en APiSC respecte de la despesa total de CatSalut, 2005-2008, segons el diferent abast de les línies de servei		124
Figura 4	Participació de cada línia de servei en la despesa en APiSC, sense farmàcia, en el cas de l'ICS i de les altres entitats proveïdores, 2007		126
Figura 5	Pes relatiu de l'ICS dins de la despesa en APiSC a les diferents regions sanitàries		127
Figura 6	Evolució de la despesa per persona assignada a cada regió		128

1. Introducció i objectiu

Trenta-dos anys després de la Conferència d'Alma-Ata, l'atenció primària de salut és novament el centre d'interès d'algunes organitzacions internacionals, de molts ministeris de salut i de diverses revistes de l'àmbit mèdic. Així, l'Informe 2008 de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) té l'expressiu títol *Atenció primària de salut: més necessària que mai*, amb el qual l'OMS advoca perquè els sistemes sanitaris d'arreu del món tornin a posar l'èmfasi en el primer nivell assistencial (OMS, 2008). A Espanya, el Ministeri de Sanitat i Política Social va endegar fa uns anys un procés de reflexió que va desembocar en el document *Atención primaria de salud del siglo XXI*, més conegut com a projecte AP-21, en què es plantegen les estratègies per a una nova reforma de l'atenció primària (Ministerio de Sanidad, 2006). Quant a les revistes, podem citar el *New England Journal of Medicine*, que a finals de 2008 va dedicar un espai especial per debatre els greus problemes que afecten actualment l'atenció primària als Estats Units (Lee *et al.*, 2008). Un dels principals problemes és el desequilibri entre l'atenció primària i els serveis especialitzats, ja que es calcula que més de la meitat de les visites a especialistes són per seguiment rutinari. A Espanya, la revista *Gestión Clínica y Sanitaria* va recollir en el número de la primavera de 2008 un interessant debat en dos articles en els quals s'avalua -amb un signe bastant diferent- la reforma de 1984, es fa un diagnòstic dels reptes i problemes actuals i es formulen propostes respecte al camí que hauria de seguir l'atenció primària a Espanya en el nou segle (Borrell Carrió, Gené Badia, 2008; Gérvas, Pérez Fernández, 2008).

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya no és aliè a aquestes inquietuds d'evolució del nostre sistema sanitari i de la necessitat permanent d'adaptació a l'entorn canviant i, amb aquesta finalitat, l'any 2007 la Direcció de Planificació i Avaluació fa l'encàrrec a un grup d'experts de treballar en l'anomenat **Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària (PIAPiSC)**. Es tracta d'un pla d'innovació que fomenta l'atenció primària com a element nuclear del sistema sanitari en el seu paper de primer nivell d'atenció a la ciutadania, i també com a dipositària del continuïum assistencial de les accions de promoció, prevenció, assistència i rehabilitació dutes a terme en altres línies i nivells assistencials per les institucions i els professionals sanitaris en el marc territorial.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Les accions més innovadores s'adrecen a:

- Orientar el sistema sanitari cap a les necessitats de la població i promoure la participació i la coresponsabilització en la cura de la pròpia salut.
- Disposar d'un model d'atenció en xarxa que afavoreixi noves dinàmiques de treball entre els professionals i que permeti una integració funcional de serveis centrada en els ciutadans.
- Promoure el desenvolupament professional continu i individual sota el principi de subsidiarietat que permeti un nou equilibri de competències del conjunt dels professionals.
- Potenciar el paper dels professionals en la presa de decisions.
- Introduir canvis en la gestió de serveis, fent ús de les noves tecnologies i altres mesures per millorar l'autonomia de gestió dels centres i la qualitat de l'atenció a la ciutadania.
- Introduir a l'oferta de serveis d'atenció primària i salut comunitària (APISC) les intervencions comunitàries que han demostrat ser rendibles.
- Redimensionar els centres des de la perspectiva del centre de salut integrat.
- Contribuir a definir criteris de finançament, compra, contractació i avaluació que tinguin en compte la integració funcional de serveis i professionals en el territori.

El Pla d'innovació no conté una memòria econòmica. De fet, a les estadístiques oficials hi ha una certa confusió al voltant de les xifres de despesa en atenció primària perquè el criteri de denominació i les magnituds incloses han experimentat algunes variacions en el passat, de manera que en aquests moments no hi ha una idea precisa de quan es gasta en atenció primària ni quin percentatge suposa respecte del total de la despesa sanitària. El criteri de classificació es basava fins fa un temps en la noció d'atenció extrahospitalària, és a dir, es comptabilitzaven totes aquelles activitats assistencials que es feien fora de l'hospital, excepte la farmàcia. Tanmateix, en els darrers anys la xifra que se sol utilitzar inclou només la despesa dels equips d'atenció primària (EAP), és a dir, la visió més restringida de la despesa en atenció primària.

Aquest treball té com a objectiu omplir aquest buit i oferir un càlcul detallat de la despesa en atenció primària tot utilitzant una visió flexible dels serveis que agrupa. D'aquesta manera, l'estudi pretén identificar i analitzar estadísticament totes aquelles partides de despesa del Servei Català de la Salut (CatSalut) que s'inclouen o són susceptibles de ser incloses dins d'un concepte d'APISC ampli, i acostar-se al criteri proposat pel Pla d'innovació. La despesa es desglossa per línies de servei, per regions i segons el tipus de proveïdor. També es calculen les taxes de creixement del període 2005-2008 i se'n fa una primera anàlisi. Tot seguit es relaciona la despesa amb diverses variables i indicadors -com ara la població i l'activitat- per tal d'aportar nous coneixements i noves conclusions en aquest camp.

L'estimació i l'anàlisi de la despesa en atenció primària pot ser una eina molt útil per documentar l'estat de la qüestió a Catalunya i complementar el pla esmentat. Entre altres coses, permetrà obtenir una noció de la importància relativa de les diferents facetes de l'APISC així com de l'evolució recent i servirà per orientar la planificació i l'elaboració de les polítiques futures. No oblidem que, en general, el volum de finançament es correlaciona amb l'accés, la qualitat, l'amplitud de les prestacions i l'equitat (Kringos, Boerman *et al.*, 2010).

2. Antecedents

La font de consulta més habitual pel que fa a estudis i xifres de despesa sanitària als països desenvolupats és l'OCDE (Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic); en concret la seva base de dades: OECD-Health Data, que s'actualitza periòdicament. Aquesta és l'eina més utilitzada per investigadors i polítics a l'hora de fer comparacions internacionals. Lamentablement, però, no existeix cap epígraf anomenat atenció primària en aquesta base de dades. L'OCDE no utilitza mai aquest concepte i sempre parla de despesa en **atenció ambulatoria** (*out-patient care*), que defineix, seguint la Classificació Internacional de Comptes de Salut (CICS), de la manera següent:

“Comprèn tots els serveis mèdics i paramèdics prestats a pacients ambulatoris. Als pacients ambulatoris no se'ls admet formalment en un establiment sanitari ni hi pernocten. Un pacient ambulatori és, per tant, una persona que va a un establiment sanitari per a una consulta o un tractament, i que abandona l'establiment poques hores després del començament de la consulta sense haver estat 'admès' a l'establiment com a pacient.”

La despesa en atenció ambulatoria comprèn quatre epígrafs: els serveis mèdics i de diagnòstic bàsics, els serveis dentals, l'atenció especialitzada prestada a pacients ambulatoris, que inclou la salut mental i les teràpies contra les drogodependències i la cirurgia ambulatoria, i altres despeses.

Una simple consulta a la versió de 2008 d'aquesta base de dades de seguida posa en relleu la **variabilitat enorme** dels percentatges de despesa en atenció ambulatoria pública respecte del total de la despesa pública en salut als diferents països. Tal com es pot veure a la **taula 1**, el 2005 el ventall anava des d'un 13,8% a Noruega fins a un 40,5% als Estats Units, passant per un 24,3% a Espanya. Deixant de banda algunes diferències que es puguin explicar perquè la cartera de serveis ambulatoris públics no és igual a tot arreu, una variabilitat tan gran és un clar indicador que, malgrat els esforços d'homogeneïtzació de l'OCDE, no tots els països entenen el mateix, o comptabilitzen el mateix sota la categoria d'*atenció ambulatoria*. Per exemple, les consultes externes fetes als hospitals, que segons la definició que acabem de veure s'haurien de comptabilitzar aquí, a alguns països es comptabilitzen juntament amb la despesa hospitalària (*in-patient care*).

Taula 1: Despesa ambulatoria pública total i despesa en el component de serveis mèdics i de diagnòstic bàsics com a percentatge de la despesa pública total en salut. Països seleccionats de l'OCDE, anys 2000 i 2005

País	Despesa ambulatoria		Despesa en serveis mèdics i de diagnòstic bàsics	
	2000	2005	2000	2005
Alemanya	21,60	19,80	7,10	6,20
Austràlia	34,00	31,20	10,30	17,10
Àustria	22,50	22,00	17,60	17,80
Canadà	21,80	22,30	5,40	4,80
Corea	32,60	32,40	28,40	26,10
Dinamarca	24,50	s.d.	11,40	s.d.
ESPANYA	34,70	24,30	34,70	13,10
Estats Units	39,60	40,50	17,30	17,00
Finlàndia	23,90	23,60	9,00	8,00
França	18,70	14,10	12,00	9,10
Itàlia	28,10	29,70	s.d.	s.d.
Japó	31,80	31,60	25,50	25,80
Noruega	13,30	13,80	11,20	6,00
Nova Zelanda	s.d.	21,80	s.d.	18,10
Països Baixos	20,00	s.d.	s.d.	s.d.
Regne Unit	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Suècia	23,80	30,80	s.d.	7,30

Font: OECD-Health Data, 2008.
s.d. Sense dades

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Fins i tot la despesa a l'epígraf de serveis mèdics i de diagnòstic bàsics, que té una definició més restrictiva, presenta una variabilitat tant o més gran. Des del Canadà, on aquests serveis suposen el 4,8% de tota la despesa sanitària pública, fins al Japó, amb una xifra quasi quatre vegades més alta: el 25,8% (13,1% en el cas d'Espanya). De nou, és difícil pensar que tots els països comptabilitzen les mateixes coses en aquesta categoria. Per exemple, a Espanya segur que inclou l'assistència pediàtrica, perquè els pediatres formen part dels EAP, però en altres països, com ara Dinamarca, on aquests professionals es consideren especialistes, segurament apareix com a despesa en atenció especialitzada. També pot passar el contrari als països on els metges de capçalera no fan de filtre (*gatekeeper*) i els especialistes són sovint el primer punt de contacte per als pacients. En aquests casos és molt probable que la seva activitat es comptabilitzi com a **serveis mèdics i de diagnòstic bàsics** i no a l'apartat d'atenció especialitzada. Una de les raons que dificulten l'homogeneïtat de criteris a l'hora de comptabilitzar aquestes despeses és que l'atenció primària es presta sota configuracions organitzatives, financeres, professionals i de governança molt diferents arreu del món industrialitzat (Saltman, Rico, Boerma, 2005) i, sovint, la comptabilitat de les despeses segueix el criteri de l'estructura o l'organització que les fa, més que la funció que compleixen.

Tampoc no hi ha un patró clar pel que fa a la diferència entre el percentatge de despesa ambulatoria total i el percentatge gastat en serveis mèdics bàsics. Per exemple, en el cas de França, sembla que una gran part de la despesa ambulatoria està integrada per la despesa en serveis mèdics, amb una diferència relativament petita entre ambdós percentatges, però en el cas del Canadà o Suècia, les diferències són molt grans. Aquest fet apunta, una vegada més, que les definicions utilitzades no són homogènies. Finalment, veiem que hi ha països tan emblemàtics en el camp de l'atenció primària com ara el Regne Unit o els Països Baixos que no consignen pràcticament cap xifra, i tampoc no hem trobat dades en cap altre font alternativa disponible a Internet. En conclusió,

Les dades de l'OCDE no són una font vàlida com a referència per fer comparacions de despesa en atenció primària a escala internacional, perquè sovint les despeses es comptabilitzen seguint el criteri de l'estructura o l'organització que les fa (que és diferent als diferents països), més que per la funció que compleixen.

Pel que fa a Espanya, l'estudi més rigorós i solvent que existeix sobre la despesa sanitària pública és el que fa el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (GTAGS). L'estudi pren com a base metodològica l'estadística de despesa sanitària pública que elabora el Ministeri de Sanitat i Política Social. Es tracta d'un compte satèl·lit de la comptabilitat nacional basat en la classificació de les funcions de les administracions públiques (més coneguda com a COFOG, per les seves sigles en anglès *Classification of Functions of Government*). Els comptes satèl·lit combinen conceptes de comptabilitat nacional amb conceptes de la classificació funcional i econòmica de la despesa i, d'aquesta manera, s'obté una estructura descriptiva de les interrelacions entre els diferents components.

Dins de la classificació funcional, la categoria que aquí ens interessa és l'anomenada **serveis primaris de salut**, que es defineix de la manera següent:

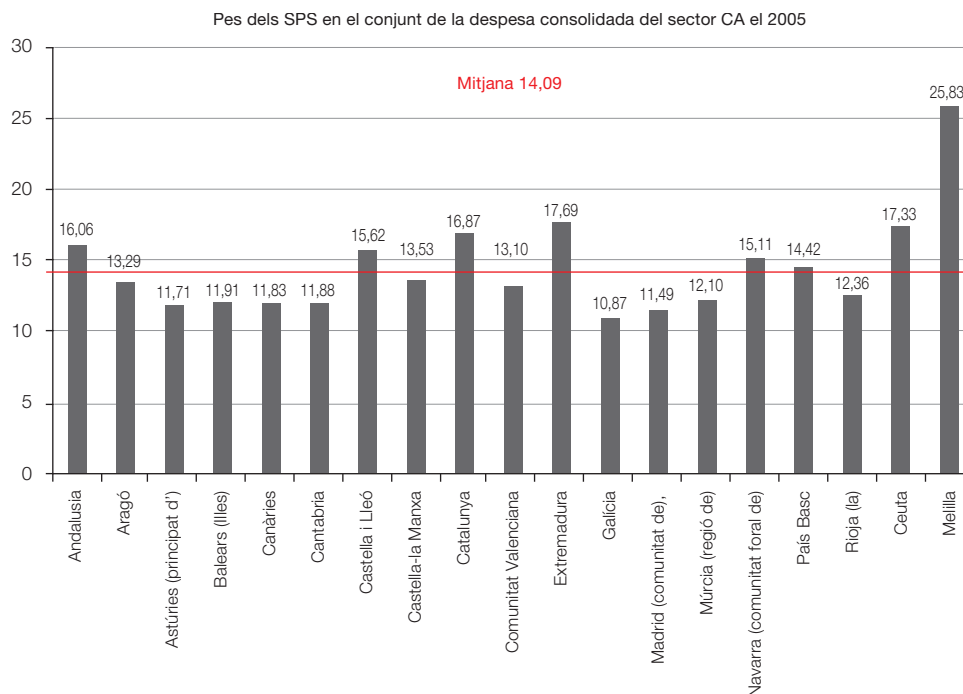
“Recull l'activitat assistencial duta a terme per metges de família, pediatres, infermers i altre personal sanitari i no sanitari encaminada a aconseguir el manteniment i la millora de la salut en el primer nivell d'assistència sanitària, tant en centres de salut com en qualsevol tipus de consultoris urbans o rurals o en els domicilis dels pacients. En conseqüència,

s'inclouen les despeses efectuades en: 1) serveis d'urgència o d'atenció continuada extra-hospitalària, activitats d'extracció perifèrica i transport de mostres clíniques, mitjans bàsics per al diagnòstic i salut bucodental efectuats amb càrrec pressupostari en aquest nivell assistencial; 2) activitats de planificació familiar, salut mental, fisioteràpia o rehabilitació, treball sociosanitari i activitats preventives generals o específiques segons l'edat i el sexe (vacunacions, exàmens de salut, informació i educació sanitària) dutes a terme en atenció primària; 3) administració de tractaments, cures i cirurgia menor, i 4) despeses de les estructures de gestió necessàries per al desenvolupament de l'activitat assistencial (equips de direcció i gestió de les àrees o gerències d'atenció primària i personal administratiu que en depèn, ja sigui propi o contractat externament). Així mateix, s'inclouen les despeses efectuades en activitats pròpies d'atenció primària prestada amb recursos patrimonials aliens a l'entitat que finança l'assistència (concerts). Aquests concerts es poden subscriure amb professionals, institucions o empreses que siguin de titularitat pública o privada.”

Potser el millor resum d'aquesta llarga definició és que **es considera com a atenció primària tot el que es fa a “primària”**.

La figura 1, reproduïda de la darrera edició (2007) de l'estudi del GTAGS, mostra el pes dels serveis d'atenció primària dins del conjunt de la despesa executada per les comunitats autònomes (CA). Les CA són responsables del 91% de tota la despesa sanitària pública; les corporacions locals, les mutualitats de funcionaris i altres organismes més petits executen el 9% restant, segons aquest estudi.

Figura 1: Pes dels serveis d'atenció primària en el conjunt de la despesa consolidada de les CA el 2005



Es pot observar que, com a mitjana, els serveis primaris de salut suposaven el 14,09% de la despesa de les CA l'any 2005. Tanmateix, hi ha força variabilitat entre comunitats; el percentatge destinat a l'atenció primària varia entre un 10,87%, a Galícia, i un

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

17,69%, a Extremadura. Catalunya està per sobre de la mitjana, amb un 16,87% de despesa en salut dedicada a l'atenció primària. A l'estudi també es posa en relleu que la taxa de creixement de la despesa en atenció primària entre 1999 i 2005 va ser un xic més baixa que la de la despesa hospitalària i especialitzada i bastant més baixa que la de la despesa farmacèutica.

Una de les conclusions de l'estudi és que la variable central per explicar la variabilitat entre CA és la població protegida. També s'observa una correlació entre el nombre de metges d'atenció primària i el volum de despesa, si bé aquesta relació no es manté quan es tracta de la despesa per persona.

Ara bé, malgrat que l'estudi del GTAGS presenta un criteri homogeni de comptabilitat de la despesa en atenció primària, aquesta homogeneïtat no s'observa quan es comparen els pressupostos originals de les diferents CA. Hem fet una petita cerca a les comunitats d'Andalusia, Madrid, Galícia i Navarra i, si bé sembla que hi ha una voluntat comuna de fomentar i millorar l'atenció primària i una homogeneïtat raonable pel que fa als serveis que s'ofereixen als ciutadans, la inclusió d'aquests serveis en unitats organitzatives més generals -atenció primària, atenció especialitzada, etc.- està lluny de seguir un criteri homogeni.

El Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, estableix la cartera de serveis mínims comuns al Sistema Nacional de Salut i, en particular, la cartera de serveis comuns d'atenció primària, de manera que es limiten les diferències possibles entre CA. Normalment, les CA segueixen aquesta norma per definir els seus serveis d'atenció primària, però és dubtós que aquesta definició sigui la que després s'utilitza per delimitar la despesa en atenció primària. El problema rau en la manca d'un criteri homogeni en l'elaboració de pressupostos pel que fa als serveis sanitaris i això es nota especialment en la comptabilitat de la despesa en atenció primària. Les diferències en l'estructura dels pressupostos -que segurament responen a diferències organitzatives- fan difícil trobar equivalències i comparar les diferents concepcions d'atenció primària.

Els serveis d'atenció primària que s'ofereixen als ciutadans de les diferents CA semblen prou homogenis. Tanmateix, no hi ha homogeneïtat de criteri pel que fa a la configuració organitzativa ni a l'assignació pressupostària, cosa que dificulta enormement les comparacions de despesa en atenció primària entre CA.

Per exemple, algunes CA, com ara Andalusia, no inclouen cap capítol o programa anomenat *atenció primària* en els seus pressupostos, de manera que els serveis que inclou l'atenció primària i la despesa que absorbeix s'han de comptabilitzar sumant altres partides o bé estimant un tant per cent de participació en partides més generals. A altres CA, com ara Madrid, els pressupostos sí que fan menció explícita de la despesa destinada a l'atenció primària. Tanmateix, més enllà de la menció explícita o no de l'atenció primària en els pressupostos, l'extensió del concepte no és homogènia entre CA i és aquest fet el que dificulta encara més les comparacions.

Això provoca que, a la pràctica, circulin com a mínim quatre definicions d'atenció primària: la recollida pel GTAGS, la que cada CA utilitza per comptabilitzar la despesa en atenció primària en els seus pressupostos, la que queda reflectida al Reial decret de 2006 i, a vegades, la que es publica des de les mateixes CA, afegint serveis a la cartera mínima fixada pel Reial decret.

3. Metodologia i fonts d'informació

Concepte d'APiSC

En general, totes les definicions d'atenció primària (i salut comunitària) prenen com a punt de partida la definició adoptada a la Conferència d'Alma-Ata de 1978.

“Assistència sanitària essencial basada en mètodes i tecnologies pràctics, científicament fonamentats i socialment acceptables, que es posa a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat mitjançant la seva plena participació i a un cost al qual poden fer front la comunitat i el país, en totes i cadascuna de les etapes del seu desenvolupament amb un esperit d'autoresponsabilitat i autodeterminació. L'atenció primària forma part integrant, tant del sistema nacional, del qual constitueix la funció central i el nucli principal, com del desenvolupament social i econòmic global de la comunitat. Representa el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el sistema nacional de salut, facilitant tant com sigui possible l'atenció de salut al lloc on viuen i treballen les persones, i constitueix el primer element d'un procés permanent d'assistència sanitària.”

Font: OMS, punt VI de la Declaració d'Alma-Ata (1978)

Des d'aleshores, s'ha intentat conceptualitzar i s'ha escrit molt sobre el tema, però contràriament al que es podria esperar, encara hi ha força controvèrsia al voltant dels termes *atenció primària* i *atenció primària de salut*, sobretot a Europa (Saltman, Rico, Boerman, 2005). Aquesta controvèrsia segurament reflecteix la diversitat empírica del sector de l'atenció primària al continent.

Segons els autors anteriors, l'atenció primària té dos trets principals:

1. Un enfocament *generalista* de la malaltia, que fa referència, d'una banda, al coneixement interdisciplinari i transversal necessari als serveis d'atenció primària i, de l'altra, a una perspectiva de salut centrada en la persona. En canvi, els serveis especialitzats se centren en els òrgans o les malalties, amb coneixements i serveis que hi estan *especialitzats* (cardiologia, pneumologia, etc.).
2. És el *primer punt de contacte* o *primer nivell d'atenció*. La idea de *primer punt de contacte* posa en relleu que, normalment, és el primer lloc d'accés a l'atenció mèdica per a la població. D'altra banda, ser el *primer nivell* vol dir que l'atenció es presta en establiments sanitaris on no hi ha internament dels pacients (mentre que en els nivells secundari i terciari sí que n'hi ha). També vol dir que es tracta del primer pas en el procés d'atenció mèdica, sense que necessàriament l'hagin de seguir altres passos.

Com que cap de les dues característiques són exclusives de l'atenció primària, el que la distingeix, segons els autors, és que combina ambdós trets. En efecte, Saltman, Rico i Boerman consideren que el nucli dur de l'atenció primària són els professionals de salut o relacionats amb la salut que tenen a la vegada una aproximació generalista i un paper de punt de primer contacte prioritari de la majoria de la població i els problemes de salut. L'àrea d'influència de l'atenció primària estaria constituïda, o bé pels professionals la disciplina dels quals té un enfocament generalista de la salut, o bé pels qui actuen com a primer contacte per a la població.

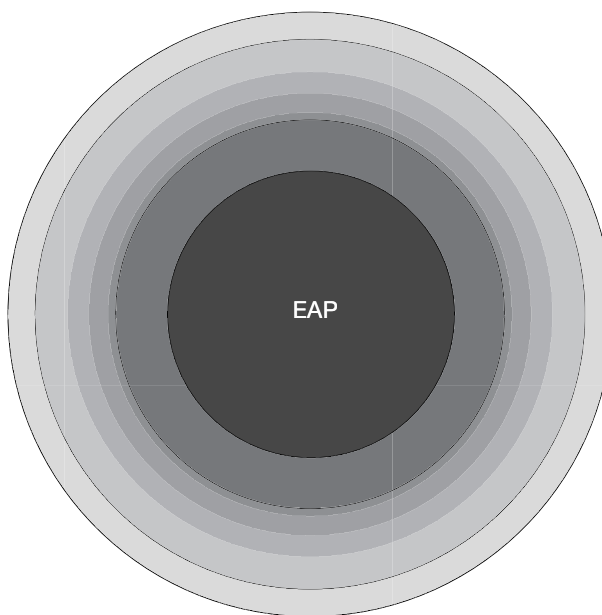
Al Pla d'innovació no hi ha una definició formal d'APiSC, però la idea darrera el concepte de *xarxa sanitària d'utilització pública (XSUP) en l'àmbit del govern territorial de salut (GTS)* és la d'una atenció primària integradora, que incorpora a l'atenció familiar i comunitària altres línies d'atenció especialitzada de no-internament presents en el territori. De fet, salut comunitària significa que la salut o la malaltia individual s'aborda en el context social i comunitari, fet que facilita la prestació d'una atenció coordinada, continuada i longitudinal. Aquesta idea és similar al paper que l'últim informe de l'OMS

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

atorga a l'atenció primària com a "centre d'operacions" (*hub*) des del qual es coordina una gran part dels serveis sanitaris que necessita la població. Els professionals d'atenció primària actuen com a informadors i intermediaris, i mobilitzen altres serveis comunitaris per a la població de referència.

En aquest estudi tenen cabuda totes les visions possibles, des d'una atenció primària entesa únicament com a l'activitat que fan els EAP, fins a una visió de l'atenció primària més àmplia i integradora, de "centre d'operacions", que a més dels EAP inclou d'altres serveis que es deriven de la seva activitat o hi estan directament connectats, o que també poden ser el primer punt de contacte per als ciutadans. Una manera gràfica de recollir i representar aquesta idea és mitjançant cercles concèntrics que s'amplien a mesura que afegim serveis al nucli dels EAP (**figura 2**). D'aquesta manera, la frontera entre el que es considera atenció primària i el que no es pot traçar allà on es vulgui, i la grandària del cercle augmentarà o disminuirà segons la definició adoptada.

Figura 2: L'abast de l'APiSC



EAP + proves complementàries + PADES + ASSIR + rehabilitació + salut mental + transport sanitari + Sanitat Respon + farmàcia

Des d'aquest punt de vista ampli, incloem i recollim dades de despesa de les nou línies de serveis¹ següents:

Atenció primària i derivats

1. EAP: formats per metges de família, pediatres, infermers, assistents socials i personal administratiu de suport. Les xifres inclouen l'atenció continuada que, a la ciutat de Barcelona, presta el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).

¹ Es va considerar la possibilitat d'incorporar també l'atenció especialitzada ambulatoria, però finalment es va decidir que aquest tipus de servei es pot assimilar a les consultes externes dels hospitals i, per tant, s'hauria d'estudiar a part.

2. **Proves complementàries:** principalment de laboratori i radiologia. Com que no les hem pogut separar, les xifres inclouen tant les proves prescrites pels metges dels EAP com les prescrites pels especialistes que visiten als centres d'atenció primària.
3. **Programa d'atenció domiciliària-equips de suport (PADES):** són unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries que tenen com a objectiu oferir atenció continuada a la comunitat, ser un element de suport per als professionals de l'atenció primària i de les unitats bàsiques d'assistència social i servir de connexió entre els diferents recursos assistencials. Estan constituïts com a mínim per un metge o una metgessa, dos o tres infermers o infermeres i un treballador o treballadora social.

Serveis comunitaris

4. **Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR):** és un servei d'activitats assistencials i educatives relacionades amb l'orientació i la planificació familiar, el control i el seguiment de l'embaràs, la prevenció i l'assistència de malalties de transmissió sexual, la prevenció i el diagnòstic precoç del càncer ginecològic i de mama, l'atenció específica i confidencial als joves, el suport psicològic en salut sexual i reproductiva, etc.
5. **Rehabilitació:** inclou els serveis de rehabilitació ambulatoria, rehabilitació domiciliària i logopèdia contractats pel CatSalut, tant a hospitals com a altres centres no hospitalaris. Les tarifes, a partir de 2006, són per procés en comptes de per sessions. En el cas de l'Institut Català de la Salut (ICS), les dades s'han estimat aplicant les mateixes tarifes que a la resta de proveïdors, encara que no se'l pagués a part. L'activitat extrahospitalària de rehabilitació de l'ICS per als anys 2007 i 2008 s'ha estimat suposant una taxa de creixement respecte a 2006 igual a la de la resta de proveïdors.
6. **Serveis de salut mental ambulatoris:** prestats per equips multidisciplinaris compostos per psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials i personal d'infermeria.

Línies comunes

7. **Transport sanitari:** s'hi inclou tant el transport programat com el transport urgent. El programat és la suma del transport vinculat als serveis de rehabilitació més el generat directament pels EAP. El transport urgent s'origina majoritàriament al carrer o als domicilis particulars. El desglossament per regions s'ha fet seguint les proporcions del transport imputable directament als EAP, l'única partida per a la qual hi ha informació desglossada per regions. L'any 2006 es va produir un canvi en la manera de contractar el transport programat i es va fer el desplegament del model de transport sanitari urgent, motiu pel qual als resultats s'observa un increment sobtat i molt alt d'aquestes despeses per a aquest any.
8. **Sanitat Respon:** es tracta d'un servei d'atenció i orientació als ciutadans que proporciona informació general sobre prestacions del sistema, guia de centres, cita prèvia i altres procediments administratius, a més de consell i informació sobre diversos problemes de salut com ara la grip, les vacunacions, els medicaments, els consells per deixar de fumar, el seguiment de malalts fràgils, etc. No es disposa de dades de despesa per regions d'aquest servei, motiu pel qual el repartiment s'ha fet en funció de la població.
9. **Farmàcia:** és a dir, medicaments prescrits per professionals que presten els seus serveis a qualsevol de les línies de servei anteriors. El cost de les vacunes no està inclòs, ja que al Departament de Salut es comptabilitza sota la despesa en salut pública.

La consideració de la farmàcia no hospitalària com a part de la despesa en APiSC és la decisió més controvertida i la principal diferència entre el nostre concepte d'APiSC i el concepte de serveis primaris de salut que utilitza l'estadística de despesa sanitària

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

pública del Ministeri de Sanitat i Política Social. Creiem, tanmateix, que la seva inclusió està plenament justificada atès el caràcter de bé complementari que tenen els medicaments envers les visites mèdiques de primer nivell, i atès també que és una despesa prescrita pels professionals del primer nivell (principalment els metges dels EAP), de la qual ells fan el seguiment. La seva exclusió fins ara obeeix més a qüestions de tradició que a raons conceptuals.

Període i fonts d'informació

L'estudi té en compte únicament la despesa sanitària pública. El període analitzat són els quatre anys que van de 2005 a 2008. Les dues fonts principals d'informació han estat l'ICS que, com a hereu de l'antiga Seguretat Social administra i presta la major part dels serveis d'atenció primària a Catalunya, i el CatSalut, com a entitat compradora de serveis d'APiSC a la resta de proveïdors arreu del territori (als quals ens referirem com a *altres entitats proveïdores*, les AEP).

Tota la informació relativa a l'ICS ens l'ha subministrada la Divisió d'Atenció Primària, que comprèn unitats productives de salut mental, atenció a la salut sexual i reproductiva, atenció a pacients immobilitzats al domicili que requereixen un suport especial, rehabilitació, etc., a més dels EAP en sentit estricte. Les dades de despesa efectuada per les AEP ens les ha facilitades l'Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut. La informació sobre despesa farmacèutica ens la va proporcionar la Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del CatSalut.

Quant a la població, hem utilitzat les dades de població assignada que consten al registre central d'assegurats (RCA) del CatSalut (Departament de Salut), als talls oficials de 2005-2008. Hi ha petites diferències amb la població assegurada (amb cobertura) perquè no tota la població té la prestació d'atenció primària a càrrec del CatSalut i, per tant, no té assignació d'EAP. La població assignada a un determinat EAP poden ser les persones residents a l'àrea bàsica de salut (ABS) corresponent, o les persones residents en altres ABS que han fet una elecció expressa (per motiu de proximitat de la feina, etc.).

D'altra banda i, en el cas de l'ICS, que es regeix per un pressupost anual, les xifres es refereixen al tancament del pressupost; és a dir, **són xifres de despesa realment efectuada**, excepte per a l'any 2008, en què la xifra total s'ha estimat a partir de la despesa efectuada fins al mes d'octubre de 2008. Pel que fa a la resta de proveïdors i, especialment en el cas dels EAP, es tracta de les dades dels contractes establerts amb els proveïdors esmentats cada any. Les desviacions respecte del contracte, en cas d'haver-n'hi, són mínimes, i no les hem tingut en compte.² En el cas d'algunes altres línies de servei, com ara el transport sanitari o la rehabilitació, les dades no eren tan sòlides i hem hagut de fer les estimacions o imputacions més raonables.

²No s'inclouen les despeses en inversions portades a terme sota alguna de les figures legals de col·laboració públic-privat d'aparició recent, com ara els drets de superfície. Hi ha diversos CAP la construcció dels quals s'està tramitant per aquesta via, però encara no disposem de dades.

Classificació de les despeses

Les dades s'han recollit i es presenten de manera força desglossada, per tal de facilitar l'anàlisi detallada de la despesa. S'han fet tres classificacions principals:

1. Per línies de servei, amb un total de nou, més una partida d'estructura en el cas de l'ICS no imputable a cap servei en concret.
2. Per tipus de proveïdor, distingint entre ICS i AEP.
3. Per regió sanitària, set en total.

Les taules de resultats es presenten combinant dos o més criteris de classificació per a cada any, o bé l'evolució del període. No obstant això, com que l'objectiu principal de l'estudi és estimar la despesa en APiSC segons la concepció àmplia de serveis descrita anteriorment, la classificació per línies de serveis és la que tindrem més en compte.

4. Resultats

Les **taules 2 a 5** presenten les dades bàsiques. Hi apareix la despesa efectuada en cada línia de servei i en cada regió separatament per a cadascun dels anys, de 2005 a 2008. A partir d'aquestes taules es poden fer una sèrie de càlculs i anàlisis, com ara la importància relativa dels diferents tipus de serveis a cada regió (percentatges per files), o com està distribuïda la despesa d'una línia de servei determinada entre les diferents regions (percentatges per columnes). A tall d'exemple, la **taula 6** mostra la importància relativa de les diferents línies de servei a cada regió l'any 2007.³ Les despeses d'estructura -corresponents a l'ICS- s'han mantingut separades en comptes d'imputar-les als diferents serveis de manera proporcional per no desvirtuar les xifres de despesa dels serveis esmentats, tal com se'ns van facilitar.

Algunes grans dades per recordar són:

- La despesa en APiSC està al voltant dels 3.400 milions d'euros.
- En receptes de farmàcia es gasten aproximadament 1.700 milions d'euros.
- Els EAP absorbeixen uns 1.150 milions d'euros.
- El transport sanitari és la tercera línia de servei en importància, amb 160 milions d'euros.
- A les proves complementàries i a la salut mental es destinen gairebé 110 milions d'euros en cada cas.
- El PASSIR rep 60 milions d'euros.
- La rehabilitació suposa una despesa de 55 milions d'euros, aproximadament.
- En el programa PADES es gasten uns 20 milions d'euros.
- El servei Sanitat Respon costa 7 milions d'euros.

Comprovem, en primer lloc, que a totes les regions la farmàcia és el servei que més proporció de la despesa absorbeix. Tanmateix, com que el seu creixement és inferior a la mitjana, el pes de la farmàcia disminueix al llarg del període a favor, principalment,

³No hem escollit l'any 2008, encara que sigui més recent, perquè tal com s'ha dit a la metodologia, al moment de recollir les dades, en alguns casos, tan sols arribaven fins al tercer trimestre, motiu pel qual la despesa corresponent als darrers mesos de 2008 són xifres estimades i la despesa final d'aquest any podria experimentar variacions. A més, les darreres dades publicades sobre metges als EAP per regions que utilitzem en l'última taula es refereixen també a 2007.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

dels EAP. A partir de les **taules 2 a 5** és fàcil comprovar que al conjunt de Catalunya la farmàcia representava el 55,7% de la despesa l'any 2005, i que aquest percentatge va baixar al 50,5% l'any 2008. Les regions on la farmàcia representa una proporció relativament més gran són les Terres de l'Ebre i Barcelona, i on representa proporcions més baixes és a la Catalunya Central, al Camp de Tarragona, Girona i, sobretot, a l'Alt Pirineu i Aran. En el cas de l'Alt Pirineu i Aran, com veurem més avall (**taules 12 i 13**), la despesa per persona així com el nombre de receptes i el cost per recepta és similar, o un xic més alt, que la mitjana de Catalunya; per tant, el seu baix percentatge (37,43% l'any 2007, taula 6) es deu més aviat a l'efecte diferencial del transport sanitari, que suposa un percentatge molt més alt de la despesa que a la resta de regions.

En contrapartida, els EAP augmenten la seva importància des del 30,8% de la despesa que representaven el 2005 fins a gairebé el 35% l'any 2008. Per regions, els EAP tenen més pes a Girona, al Camp de Tarragona i a la Catalunya Central; i per la part de sota destaca la regió de Barcelona, amb percentatges de despesa en EAP molt més baixos (al voltant del 31%) que a les regions esmentades. Caldria investigar quins factors expliquen aquestes diferències.

Un 85% de la despesa en APiSC es destina a EAP i prestacions farmacèutiques.

Les proves complementàries (que representen aproximadament el 3,5% de la despesa) perden pes en el conjunt de la despesa en atenció primària i ho fan particularment a Barcelona, la regió on aquesta línia de servei absorbeix un percentatge més alt de la despesa. Amb la informació de què disposem no es pot determinar si aquesta pèrdua de pes es deu a un creixement menor del nombre de proves que s'efectuen o a una millora de l'eficiència que hagi abaratit els preus d'algunes d'aquestes proves. En tot cas, és interessant remarcar que, per exemple, l'any 2007, per cada 10 euros gastats en EAP es gastava 1 euro en proves complementàries. Malgrat tot, hi ha una gran variabilitat entre regions, fet que en aquest estudi no s'ha pogut investigar.

Taula 2: Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2005

	Atenció Primària			Serveis Comunitaris			Línies Comunes				Total
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut mental	Transport sanitari	Sanitat respon	Farmàcia	Estructura	
Alt Pirineu i Aran	9.553,81	325,64	183,96	130,53	183,74	751,21	4.186,86	40,85	14.580,09	45,13	29.981,82
Lleida	48.137,93	1.774,28	585,34	1.729,08	1.133,59	2.966,79	4.797,61	212,55	75.179,62	396,18	136.912,97
Camp de Tarragona	67.766,88	5.145,54	960,72	3.338,22	1.530,14	4.604,34	4.726,43	324,84	101.597,79	588,61	190.583,49
Terres de l'Ebre	23.204,65	1.091,60	488,02	1.495,41	566,18	1.132,18	909,82	112,12	41.742,47	239,87	70.982,32
Girona	83.836,68	4.878,25	1.273,30	4.452,64	2.126,94	5.669,75	3.575,59	412,32	118.588,74	674,71	225.488,91
Catalunya Central	65.502,09	6.815,61	1.484,04	4.887,36	789,39	4.541,59	3.081,61	305,71	97.088,46	690,27	185.186,13
Barcelona	533.516,91	76.197,50	10.449,07	31.908,33	26.950,67	53.909,34	52.000,24	3.162,17	1.040.878,19	7.872,10	1.836.844,51
Estructura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	27,77	0,00	27,77
Total	831.518,95	96.228,40	15.424,44	47.941,57	33.280,65	73.575,20	73.278,15	4.570,56	1.489.683,14	10.506,87	2.676.007,93

En milers d'euros

Taula 3: Despesa total en APISC per línies de servei i regions, 2006

En milers d'euros

	Atenció Primària			Serveis Comunitaris			Línies Comunes				Total
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut mental	Transport sanitari	Sanitat respon	Farmàcia	Estructura	
Alt Pirineu i Aran	12.729,22	378,35	198,87	356,77	640,50	827,56	6.759,75	44,45	14.944,99	57,13	36.937,59
Lleida	52.945,48	1.958,54	620,27	1.897,87	2.109,89	3.587,79	7.745,82	232,59	78.397,71	428,97	149.924,93
Camp de Tarragona	93.183,55	6.300,48	1.141,52	4.762,05	2.728,22	5.276,08	7.630,89	364,62	107.866,31	778,39	230.032,12
Terres de l'Ebre	28.428,89	1.441,26	506,31	917,61	670,77	1.840,15	1.468,92	123,28	44.462,40	148,11	80.007,70
Girona	92.645,49	5.077,67	1.446,80	4.679,41	3.065,59	6.381,58	5.772,85	457,13	123.863,76	801,98	244.192,26
Catalunya Central	74.828,39	6.056,44	1.637,29	5.022,39	1.674,66	5.708,74	4.975,30	335,21	102.911,66	1.419,65	204.569,73
Barcelona	587.412,95	78.253,15	11.414,59	38.974,48	28.899,28	62.106,21	83.955,17	3.427,38	1.087.704,25	7.756,32	1.989.903,79
Estructura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,33	0,00	26,33
Total	942.173,97	99.465,89	16.965,66	56.610,58	39.788,91	85.728,12	118.308,69	4.984,65	1.560.177,40	11.390,57	2.935.594,44

Taula 4: Despesa total en APISC per línies de servei i regions, 2007

En milers d'euros

	Atenció Primària			Serveis Comunitaris			Línies Comunes				Total
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut mental	Transport sanitari	Sanitat respon	Farmàcia	Estructura	
Alt Pirineu i Aran	14.481,03	411,20	208,02	387,37	409,86	1.018,49	8.288,93	49,04	15.152,14	73,53	40.479,61
Lleida	59.771,55	2.041,84	663,01	2.101,77	2.035,01	4.612,69	9.498,06	254,48	80.312,39	450,03	161.740,83
Camp de Tarragona	92.732,42	6.463,82	1.223,93	4.658,12	3.968,71	6.183,91	9.357,14	405,04	113.054,26	835,86	238.883,22
Terres de l'Ebre	31.100,18	1.564,64	553,05	994,24	1.078,55	2.158,51	1.801,22	135,58	45.648,50	164,06	85.198,53
Girona	106.893,25	5.405,67	1.541,32	4.961,65	3.800,57	7.762,52	7.078,77	509,10	127.562,13	897,59	266.412,58
Catalunya Central	84.037,28	6.643,70	1.765,99	5.350,54	2.353,74	6.644,62	6.100,81	365,71	104.759,51	1.545,59	219.567,48
Barcelona	667.268,74	82.713,03	12.583,12	38.599,16	32.896,83	70.465,73	102.947,42	3.717,31	1.113.790,12	8.619,14	2.133.600,58
Estructura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22,98	0,00	22,98
Total	1.056.284,44	105.243,90	18.538,44	57.052,84	46.543,27	98.846,47	145.072,35	5.436,26	1.600.302,04	12.585,79	3.145.905,80

Taula 5: Despesa total en APISC per línies de servei i regions, 2008

En milers d'euros

	Atenció Primària			Serveis Comunitaris			Línies Comunes				Total
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut mental	Transport sanitari	Sanitat respon	Farmàcia	Estructura	
Alt Pirineu i Aran	15.768,07	450,19	217,80	434,16	559,89	1.068,21	10.711,00	62,97	15.674,58	75,03	45.021,89
Lleida	63.511,25	2.027,73	710,59	2.473,77	2.906,46	5.222,14	13.511,74	326,46	82.455,10	443,72	173.588,97
Camp de Tarragona	104.823,11	6.781,54	1.322,43	4.765,10	4.743,20	6.476,12	10.381,11	524,36	122.023,33	811,98	262.652,28
Terres de l'Ebre	33.106,34	1.499,70	590,35	1.116,84	1.363,07	2.456,60	7.328,57	174,02	49.196,99	184,21	97.016,69
Girona	115.959,08	5.721,18	1.630,51	5.469,81	4.256,82	8.546,71	12.195,93	654,25	134.247,85	874,52	289.556,66
Catalunya Central	91.503,35	6.894,68	1.859,45	5.531,38	2.974,71	7.079,10	6.277,37	464,34	111.514,91	1.515,85	235.615,133
Barcelona	712.715,95	84.797,42	13.807,24	40.457,25	39.013,64	78.450,23	99.846,35	4.692,76	1.186.986,26	8.662,05	2.269.429,15
Estructura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,74	0,00	20,74
Total	1.137.387,15	108.172,44	20.138,36	60.248,31	55.817,79	109.299,12	160.252,07	6.899,16	1.702.119,76	12.567,37	3.372.901,52

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

El PADES manté percentatges de participació força estables en la despesa, molt a prop del 0,6%. Respecte dels serveis comunitaris -PASSIR, rehabilitació i salut mental- que conjuntament representen al voltant del 6,5% del total, cal destacar alguns trets interessants quant a la distribució regional. El PASSIR té una presència destacada a la regió Catalunya Central i menys importància a l'Alt Pirineu i Aran i les Terres de l'Ebre. Aquest fet segurament s'explica per la piràmide de població, més envellida en aquestes dues darreres regions. Pel que fa als serveis de rehabilitació, tenen una participació en la despesa regional per sobre de la mitjana a Barcelona i al Camp de Tarragona; a l'altre extrem se situen l'Alt Pirineu i Aran i la Catalunya Central. Finalment, la despesa en salut mental, que passa de representar un 2,7% l'any 2005 a un 3,3% l'any 2008, té un pes proporcionalment més alt a Barcelona i la Catalunya Central, i on es gasta relativament menys és a l'Alt Pirineu i Aran i les Terres de l'Ebre.

Es podrien fer càlculs similars exclouent-ne la farmàcia, amb la qual cosa es donaria més rellevància als altres serveis d'APiSC. Si es fa així, es veu clarament que els EAP suposen, com era d'esperar, la part més gran de la despesa, amb percentatges pròxims al 70%. Les proves complementàries i el PADES sumen al voltant d'un 8%, el conjunt de serveis comunitaris pugem a un 13%, i el transport sanitari representa aproximadament un 9%.

Taula 6: Distribució percentual de la despesa per línies de servei a cada regió, 2007

En milers d'euros

	Atenció Primària			Serveis Comunitaris			Línies Comunes				Total
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut mental	Transport sanitari	Sanitat respon	Farmàcia	Estructura	
Alt Pirineu i Aran	35,77	1,02	0,51	0,96	1,01	2,52	20,48	0,12	37,43	0,18	100,00
Lleida	36,96	1,26	0,41	1,30	1,26	2,85	5,87	0,16	49,65	0,28	100,00
Camp de Tarragona	38,82	2,71	0,51	1,95	1,66	2,59	3,92	0,17	47,33	0,35	100,00
Terres de l'Ebre	36,50	1,84	0,65	1,17	1,27	2,53	2,11	0,16	53,58	0,19	100,00
Girona	40,12	2,03	0,58	1,86	1,43	2,91	2,66	0,19	47,88	0,34	100,00
Catalunya Central	38,27	3,03	0,80	2,44	1,07	3,03	2,78	0,17	47,71	0,70	100,00
Barcelona	31,27	3,88	0,59	1,81	1,54	3,30	4,83	0,17	52,20	0,40	100,00
Estructura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
Total	33,58	3,35	0,59	1,81	1,48	3,14	4,61	0,17	50,87	0,40	100,00

Quant a l'evolució de la despesa, tal com veiem a la taula 7, durant el conjunt del període va créixer un 26,04%, amb taxes anuals de creixement superiors al 7%, bastant per sobre de les taxes d'inflació: l'IPC registrat els anys 2006, 2007 i 2008 va ser del 2,7%, 4,2% i 1,4%, respectivament. Això significa que del 26,04% de creixement total, 8,5 punts percentuals⁴ són atribuïbles a l'efecte nominal d'augment dels preus, i la resta -el 17,54%- és l'increment real de la despesa. Una part d'aquest augment real s'explica pel fort creixement de la població assignada durant el període: un 6,4%.

La despesa en APiSC va créixer un 26% en termes nominals i un 17,5% en termes reals, durant el període 2005-2008.

⁴Vegeu l'apartat d'actualització de rendes a la pàgina web de l'INE: www.ine.es

Taula 7: Taxes de creixement de la despesa en APiSC, 2005-2008

Percentatges

	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2008/2005
ATENCIÓ PRIMÀRIA				
EAP	13,31	12,11	7,68	36,78
Proves complementàries	3,36	5,81	2,78	12,41
PADES	9,99	9,27	8,63	30,56
SERVEIS COMUNITARIS				
PASSIR	18,08	0,78	5,60	25,67
Rehabilitació	19,56	16,98	19,93	67,72
Salut mental	16,52	15,30	10,57	48,55
LÍNIES COMUNES				
Transport sanitari	61,45	22,62	10,46	118,69
Sanitat Respon	9,06	9,06	26,91	50,95
Farmàcia	4,73	2,57	6,36	14,26
Estructura	8,41	10,49	-0,15	19,61
TOTAL	9,70	7,16	7,22	26,04

Tanmateix, l'evolució de les diferents línies de servei és molt diversa. El servei que més ha pujat és el transport sanitari. La raó del fort increment l'any 2006 (61,5%) va ser el desplegament del nou model de transport sanitari urgent arreu del territori. A continuació, trobem la rehabilitació, amb un increment de quasi el 68% a causa, principalment, de la forta pujada de la rehabilitació domiciliària. Després ve Sanitat Respon, que creix extraordinàriament el 2008, i la despesa en salut mental, que va augmentar un 48,5%. De tota manera, cal tenir en compte que la participació de tots aquests serveis a la despesa total és baixa. També creixen per sobre de la mitjana els EAP (36,8%) i el PADES (30,6%). Per sota de la mitjana van créixer les proves complementàries i la farmàcia; aquesta última registra l'augment més alt l'any 2008.

Les diferents línies de servei van tenir una evolució molt diversa durant el període 2005-2008. El transport sanitari va créixer més d'un 100%. La rehabilitació, la salut mental i Sanitat Respon mostren increments propers o per sobre del 50%. La despesa en EAP va augmentar un 37%, mentre que la farmàcia i les proves complementàries van augmentar bastant per sota de la mitjana.

La **taula 8** dona resposta a la principal pregunta que es fa aquest estudi: quant representa la despesa en APiSC respecte del total de la despesa sanitària pública a Catalunya? Com ja s'ha comentat a la metodologia, el percentatge varia segons com es delimiti la definició del que es considera *atenció primària*. Amb la nostra definició àmplia, que inclou la farmàcia, l'atenció primària i la salut comunitària representa actualment prop del 37,5% de la despesa total del CatSalut.

L'atenció primària i la salut comunitària, inclosa la farmàcia, representa actualment prop del 37,7% de la despesa total del CatSalut. Traient la despesa farmacèutica, el percentatge se situa a l'entorn del 18,4%.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Aquest percentatge s'ha mantingut força estable. La pèrdua de dos punts per part de la despesa farmacèutica ha estat compensada pels EAP, que guanyen un punt percentual respecte de la despesa total del CatSalut, i per l'augment del transport sanitari, la salut mental i la rehabilitació.

Taula 8: Evolució de la despesa en APISC respecte de la despesa total del CatSalut, 2005-2008

	2005	2006	2007	2008
	% RESPECTE DE LA DESPESA DESPESA TOTAL	% RESPECTE DE LA DESPESA TOTAL CATSALUT	% RESPECTE DE LA DESPESA TOTAL CATSALUT	% RESPECTE DE LA DESPESA TOTAL CATSALUT
ATENCIÓ PRIMÀRIA				
EAP	11,73	12,11	12,47	12,72
Proves complementàries	1,36	1,28	1,24	1,21
PADES	0,22	0,22	0,22	0,23
SERVEIS COMUNITARIS				
PASSIR	0,68	0,73	0,67	0,67
Rehabilitació	0,47	0,51	0,55	0,62
Salut mental	1,04	1,1	1,17	1,22
LÍNIES COMUNES				
Transport sanitari	1,03	1,52	1,71	1,79
Sanitat Respon	0,06	0,06	0,06	0,08
Farmàcia	21,02	20,06	18,89	19,03
Estructura	0,15	0,15	0,15	0,14
TOTAL	37,75	37,74	37,13	37,71
DESPESA TOTAL CATSALUT (milers d'euros)	7.088.195,40	7.777.748,40	8.473.694,90	8.945.090,60

L'avenç dels EAP sembla que respon a una política decidida de suport i prioritat atorgada a aquests tipus de serveis els darrers anys. De fet, comparant la taxa de creixement dels EAP que acabem de veure a la **taula 7** -un 36,78% en els quatre anys estudiats- amb la taxa de creixement de la despesa en general -un 26,2%- que es desprèn de les xifres del CatSalut⁵ que reproduïm a la **taula 8**, podem concloure que la despesa en EAP va créixer bastant per sobre de la despesa total del CatSalut. Tenint en compte que els EAP no impliquen a penes l'ús de tecnologia, el qual és el principal factor que impulsa l'augment de la despesa sanitària arreu del món (Cutler, 1995; Ginsburg, 2008), aquesta taxa de creixement més elevada dels EAP té encara més significació.

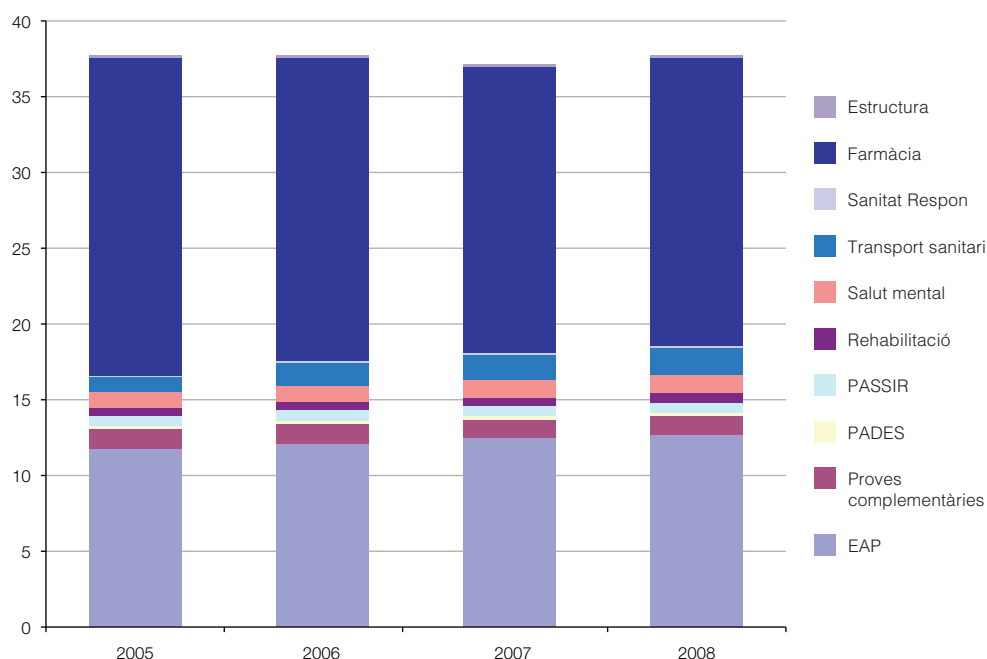
La despesa en EAP va créixer en el període 2005-2008 un 40% més del que va créixer la despesa total del CatSalut (36,8% enfront del 26,2%). No obstant això, la importància dels EAP dins de la despesa total del CatSalut es manté moderada, al voltant del 12,7%.

De totes maneres, la rellevància dels EAP dins de la despesa total del CatSalut es manté en nivells força moderats. Fins i tot amb la pujada comentada, el percentatge que representen és tan sols del 12,7% l'any 2008. Si afegim els altres serveis directament relacionats amb els EAP, el percentatge respecte del total es mou entre un 13,3% l'any 2005 i un 14,2% l'any 2008. Si afegim els serveis comunitaris, a més del transport sanitari, Sanitat Respon i les despeses d'estructura -és a dir, tota la despesa menys la farmàcia- aleshores el percentatge arriba al 16,72% el 2005 i al 18,43% el 2008.

⁵Vegeu *El pressupost de salut 2008*, Col·lecció "Els Llibres dels Fulls Econòmics" núm. 23. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2008.

La **figura 3** il·lustra aquests resultats i es correspon amb la idea d'un concepte d'atenció primària que es va ampliant, tal com s'argumentava a l'apartat de metodologia, que es representava mitjançant cercles concèntrics. D'altra banda, remarcuem que el percentatge de despesa en APISC, exclosa la farmàcia, al qual hem arribat per a l'any 2005 (16,72%) és molt semblant al que dona l'estudi del GTAGS per al mateix any (16,87%), com ja hem comentat a l'apartat d'antecedents.

Figura 3: Evolució de la despesa en APISC respecte de la despesa total del CatSalut, 2005-2008, segons el diferent abast de les línies de servei



A la **taula 9** introduïm la classificació per tipus de proveïdor en què distingim entre l'ICS i les AEP. En concret, es mostra l'evolució de la participació d'aquests dos tipus de proveïdors al llarg del període en cadascuna de les línies de servei. Es constata que l'ICS és el gran proveïdor de serveis d'atenció primària i salut comunitària a Catalunya, tot i que perd una mica de pes en el període de quatre anys, ja que passa d'absorbir el 76,7% de la despesa el 2005 a absorbir el 75,35% el 2008.

L'ICS és el proveïdor principal de serveis d'atenció primària i salut comunitària a Catalunya, gestiona més de tres quartes parts de tota la despesa per a aquest concepte. De totes maneres, la seva importància s'ha reduït lleugerament al llarg del període.

Dins de la categoria d'altres entitats proveïdores s'inclouen tant altres entitats de dret públic alienes a l'ICS com empreses públiques, empreses privades sense ànim de lucre i entitats de base associativa amb règim administratiu sotmès al dret privat. Pel que fa als EAP en concret, l'any 2007 un 77,9% dels EAP contractats pel CatSalut pertanyien a l'ICS, un 12,3% tenien una altra titularitat pública i a la resta (9,8%) hi havia participació privada (CatSalut, 2007). Respecte de les altres línies de servei, no disposem de dades de titularitat de les entitats que les proveeixen.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

La taula posa en relleu que l'ICS gestiona la major part de les despeses en EAP i, en consonància amb això, de la despesa en proves complementàries i farmàcia,⁶ a més de tenir una presència majoritària al PASSIR. De totes maneres, la importància de l'ICS dins de la despesa en EAP ha baixat progressivament, des d'un 82,3% el 2005, fins al 79,3% l'any 2008. Pel que fa al nombre d'equips gestionats, l'evolució entre 2004 i 2008 de l'ICS i de les AEP ha estat molt similar: l'ICS ha mantingut la titularitat d'aproximadament el 77,9% dels EAP en funcionament (Segura, Martín Zurro *et al.*, 2009; Memòries CatSalut). Per tant, la participació més baixa en la despesa d'aquesta línia de servei podria explicar-se per una millora en l'eficiència de gestió de l'ICS, hipòtesi que caldria analitzar en més profunditat.

Taula 9: Distribució percentual de la despesa en APISC per proveïdor i línies de servei, 2005-2008

Percentatges

	2005		2006		2007		2008	
	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores
ATENCIÓ PRIMÀRIA								
EAP	82,32	17,68	82,47	17,53	80,54	19,46	79,26	20,74
Proves complementàries	77,45	22,55	76,55	23,45	76,92	23,08	76,20	23,80
PADES	15,06	84,94	15,22	84,78	15,36	84,64	15,78	84,22
SERVEIS COMUNITARIS								
PASSIR	79,58	20,42	79,36	20,64	84,73	15,27	84,62	15,38
Rehabilitació	15,14	84,86	14,46	85,54	13,59	86,41	13,25	86,75
Salut mental	4,07	95,93	4,06	95,94	4,01	95,99	3,67	96,33
LÍNIES COMUNES								
Transport sanitari*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sanitat Respon*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Farmàcia	77,76	22,24	77,55	22,45	77,29	22,71	77,67	22,33
Estructura	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00
TOTAL	76,70	22,01	76,51	23,19	75,57	24,10	75,35	24,37

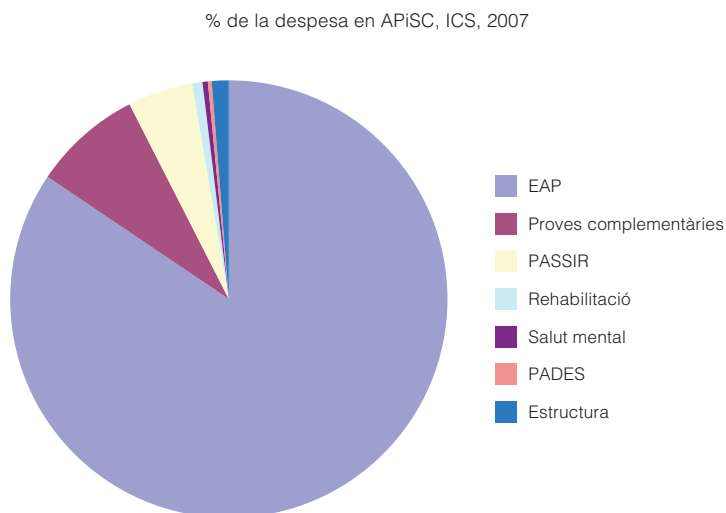
*Les columnes del total de la despesa no sumen 100 perquè no es desglossen per proveïdor "Sanitat Respon" i transport sanitari.

Les AEP destaquen clarament en l'àmbit de la salut mental, la rehabilitació i el PADES, amb percentatges que es mantenen força estables durant el període. En canvi i, com a conseqüència lògica de la davallada de l'ICS dins de la despesa en EAP, la provisió d'aquest tipus de servei per part de les entitats alienes a l'ICS puja 3 punts percentuals entre 2005 i 2008; el salt més gran es produeix l'any 2007.

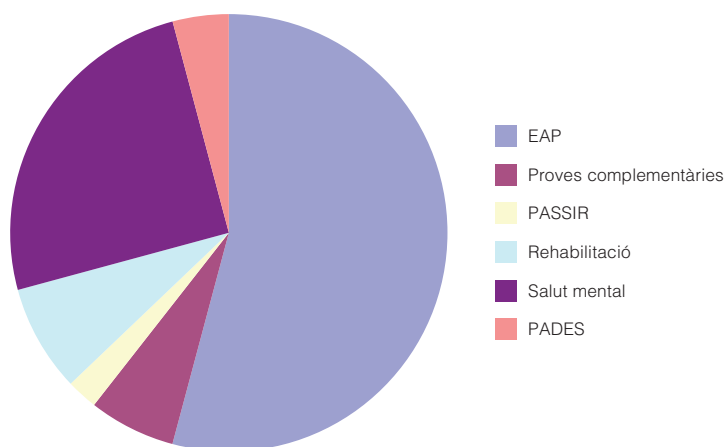
Durant el període 2005-2008, les altres entitats proveïdores guanyen pes (3 punts percentuals) quant a despesa en EAP, pes que perd l'ICS. De tota manera, la seva oferta de serveis continua sent menys concentrada que la de l'ICS. Destaquen, sobretot, al camp de la salut mental, la rehabilitació i el PADES.

Les diferències en l'oferta de serveis per part dels dos grans tipus de proveïdors es poden apreciar millor a la **figura 4**, on hem calculat la distribució percentual per línies de servei, tot exclouent-ne la farmàcia. Això permet apreciar millor les magnituds i la diferència en la combinació de serveis. Les entitats proveïdores alienes a l'ICS exhibeixen una diversificació més gran, no tant pel que fa al nombre de línies de servei, sinó per la magnitud que els altres serveis, excepte els EAP, representen.

Figura 4: Participació de cada línia de servei en la despesa en APiSC, sense farmàcia, en el cas de l'ICS i de les altres entitats proveïdores, 2007



% de la despesa en APiSC, altres entitats proveïdores, 2007



La **taula 10** mostra la distribució territorial de l'ICS i de les altres entitats proveïdores al llarg del període, i posa en relleu que la seva importància relativa ha anat canviant a cada regió. En primer lloc, s'observa que l'ICS és el proveïdor majoritari a totes i cadascuna de les regions. Tanmateix, es podria fer la classificació següent (**figura 5**): regions on l'ICS absorbeix més del 80% de la despesa (hi entraria la Catalunya Central, Lleida i, sobretot, les Terres de l'Ebre), regions on la despesa de l'ICS representa entre el 70 i el 80% de tota la despesa en APiSC (aquestes són Barcelona i l'Alt Pirineu i Aran) i, finalment, regions on l'ICS no arriba al 70% (Girona i Tarragona). A Tarragona és on les altres entitats proveïdores han experimentat una evolució més ràpida; han guanyat quatre punts percentuals i s'acosten a una presència del 50% en aquest territori.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Figura 5: Pes relatiu de l'ICS dins de la despesa en APiSC a les diferents regions sanitàries



Taula 10: Distribució percentual de la despesa en APiSC per tipus de proveïdor i regions, 2005-2008

Percentatges

	2005		2006		2007		2008	
	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores
ALT PIRINEU I ARAN	72,06	27,94	74,40	25,60	73,43	26,57	73,31	26,69
LLEIDA	91,41	8,59	90,82	9,18	89,58	10,42	89,33	10,67
CAMP DE TARRAGONA	60,39	39,61	63,78	36,22	58,26	41,74	56,70	43,30
TERRES DE L'EBRE	96,87	3,13	96,24	3,76	95,51	4,49	95,90	4,10
GIRONA	65,80	34,20	65,76	34,24	64,68	35,32	64,36	35,64
CATALUNYA CENTRAL	82,39	17,61	82,26	17,74	81,31	18,69	81,50	18,50
BARCELONA	76,52	23,48	76,13	23,87	75,73	24,27	75,69	24,31
TOTAL	75,38	24,62	76,02	23,98	75,09	24,91	74,88	25,12

*Aquests percentatges no inclouen les despeses que no es poden desglossar entre l'ICS i les AEP, ni la despesa no imputable a cap regió.

Tot i que l'ICS és el proveïdor majoritari a les set regions sanitàries, no proporciona tots els serveis a totes les regions. Segons les dades de què disposem (no mostrades a la taula), només a la regió de Barcelona és on l'ICS proveeix tots els serveis sense excepció. A l'altre extrem, a la regió de l'Alt Pirineu i Aran, la despesa es reparteix tan sols entre tres tipus de servei: EAP, proves complementàries i farmàcia. Quant als serveis de rehabilitació, l'ICS en gestiona només a cinc regions: Barcelona, Girona, Lleida, el Camp de Tarragona i les Terres de l'Ebre, mentre que els serveis de salut mental només els ofereix en dues de les regions catalanes, Catalunya Central i Barcelona. Cal tenir en compte, però, que una gran part de l'atenció a la salut mental té lloc als hospitals i no forma part, per tant, de la despesa en APiSC.

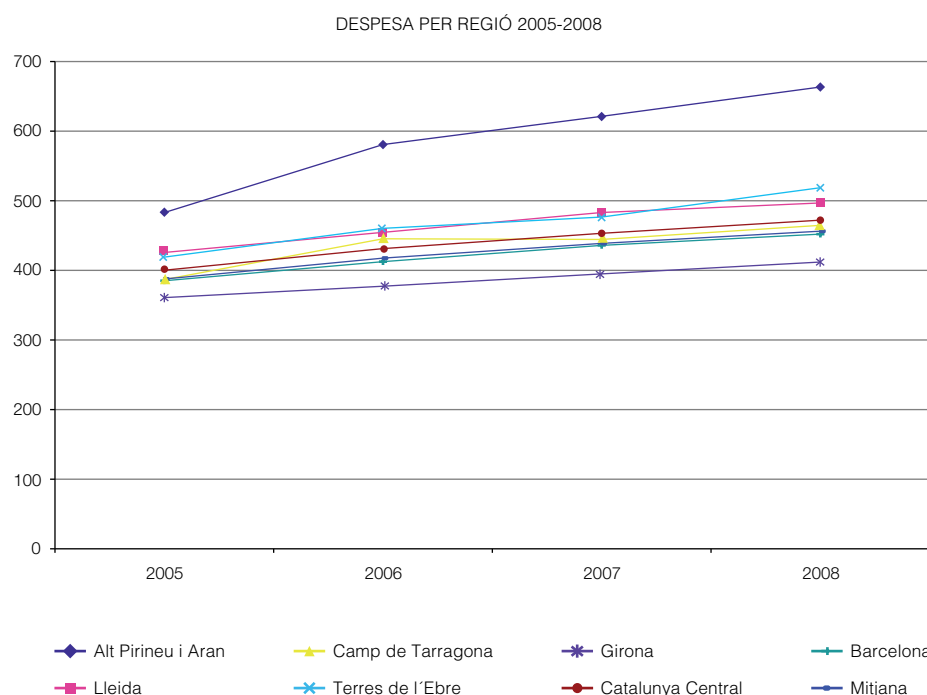
Pel que fa a l'evolució del pes que representen els EAP sobre el total de la despesa en atenció primària de l'ICS (no mostrat a la taula), aquest ha augmentat en el període 2005-2008 a totes les regions catalanes, si bé en diferent mesura. Mentre que l'Alt Pirineu i Aran experimenten un creixement del pes de més de deu punts percentuals, aquest creixement se situa prop dels 3 punts a Barcelona i al Camp de Tarragona.

Finalment, introduïm la població com a factor d'anàlisi i ponderació de la despesa. La **figura 6** mostra l'evolució durant el període de la despesa per persona assignada a cadascuna de les regions.

La mitjana de despesa per persona en APiSC a Catalunya va ser de 387,7; 418,8; 440,0 i 459,3 euros els anys 2005, 2006, 2007 i 2008, respectivament, amb una variabilitat regional força notable i un patró de creixement desigual.

Es posa clarament de manifest que hi ha una variabilitat regional notòria en aquest indicador de despesa. De fet, els desequilibris regionals augmenten al llarg del període, com es pot confirmar mitjançant el càlcul de la desviació estàndard i el rang. La desviació estàndard passa de 22,9 euros el 2005 fins a 31,9 euros el 2008. Pel que fa al rang o diferència entre la regió amb la despesa per persona més elevada (Alt Pirineu i Aran) i la regió amb la despesa per persona més baixa (Girona) la seva magnitud va passar de 124 euros l'any 2005 a 256 euros l'any 2008. La forta desviació de l'Alt Pirineu i Aran s'explica, principalment, per l'impacte del transport sanitari. Si traiem aquesta regió, les diferències territorials s'escurcen molt, però encara s'observa una discrepància d'uns 100 euros entre la regió que més gasta i la que menys. Aquest desequilibri augmenta, en comptes de reduir-se, durant el període.

Figura 6: Evolució de la despesa per persona assignada a cada regió



Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Quant a l'evolució, la despesa per persona va augmentar un 18,5% durant el període 2005-2008. A totes les regions hi ha un creixement de la despesa, però el patró és una mica desigual. La raó pot ser el numerador, és a dir, la mateixa despesa, o el denominador, en concret, els moviments de població desiguals als quals la despesa no reacciona prou àgilment.

La despesa per persona en APiSC va augmentar un 18,5% durant el període 2005-2008.

Per esbrinar aquesta qüestió, a la **taula 11** es compara el percentatge de despesa amb el percentatge de població assignada per regions. Observem, primer de tot, que en els quatre anys que van de 2005 a 2008 la població assignada al conjunt de Catalunya es va incrementar un 6,5%. Aquest augment es va repartir de manera bastant igualitària entre les diferents regions, ja que els percentatges de població assignada es mantenen prou estables en totes. Les diferències més notables són a Barcelona, que perd un xic més d'un 1% de població assignada, i al Camp de Tarragona i Girona, que guanyen aproximadament mig punt percentual cadascuna.

Segons mostra la taula 11, hi ha un patró que es repeteix cada any: totes les regions, excepte Barcelona i Girona, obtenen percentatges de despesa una mica superiors al seu percentatge de població assignada. Girona especialment presenta un desajust negatiu entre població assignada i participació en la despesa. A més, aquest desajust s'ha ampliat una mica al llarg del període, principalment perquè la població ha crescut gairebé el doble que la mitjana de Catalunya. A Tarragona, la població també ha augmentat en proporcions similars a les de Girona, però en aquest cas l'increment de la despesa ha compensat l'augment de la població.

La proporció de despesa absorbida per les regions de Girona i Barcelona és inferior a la participació en la població assignada. Aquest fet es manté al llarg del període, fet que indica una rigidesa en els pressupostos assignats que no es corresponen amb els canvis demogràfics, que evolucionen més ràpidament.

Taula 11: Evolució de la població assignada i dels percentatges de participació en la despesa, per regions, 2005-2008

	Població Assignada 2005		% de la despesa 2005		Població Assignada 2006		% de la despesa 2006		Població Assignada 2007		% de la despesa 2007		Població Assignada 2008		% de la despesa 2008	
	N	%			N	%			N	%			N	%		
ALT PIRINEU I ARAN	61.692	0,89	1,12		62.501	0,89	1,26		64.496	0,90	1,29		67.022	0,91	1,33	
LLEIDA	320.979	4,65	5,12		327.039	4,67	5,11		334.685	4,68	5,14		347.472	4,73	5,15	
CAMP DE TARRAGONA	490.564	7,11	7,12		512.691	7,31	7,84		532.692	7,45	7,59		558.108	7,60	7,79	
TERRES DE L'EBRE	169.317	2,45	2,65		173.336	2,47	2,73		178.312	2,49	2,71		185.216	2,52	2,88	
GIRONA	622.663	9,02	8,43		642.763	9,17	8,32		669.548	9,36	8,47		696.362	9,48	8,589	
CATALUNYA CENTRAL	461.671	6,69	6,92		471.332	6,72	6,97		480.960	6,73	6,98		494.224	6,73	6,99	
BARCELONA	4.774.795	69,18	68,64		4.819.166	68,76	67,79		4.888.787	68,38	67,82		4.994.767	68,02	67,28	
SENSE ESPECIFICAR	573	0,01	0,00		29	0,00	0,00		63	0,00	0,00		24	0,00	0	
TOTAL	6.902.254	100	100		7.008.857	100	100		7.149.543	100	100		7.343.195	100	100	

Per tal d'investigar una mica més les diferències en despesa per persona assignada, a la **taula 12** presentem desglossades les xifres de despesa per persona en cada línia de servei i regió. Aquest exercici es fa tan sols per al 2007, ja que els trets principals es mantenen durant tot el període, com acabem de comentar. La taula ens permet detectar a quins serveis hi ha més diferències en la despesa per persona assignada entre regions, així com quina és la regió que gasta més (o menys) en cadascuna de les línies de servei.

La mitjana de despesa per persona en EAP és de prop de 150 euros, una quantitat força petita tenint en compte el volum d'activitat i la importància que té per a la població rebre una atenció correcta per part d'aquests equips. Tanmateix, la diferència entre la que més gasta (Alt Pirineu i Aran) i la que menys (Barcelona) és molt elevada. De fet, a la regió pirinenca la despesa en aquest tipus de servei és un 65% més alta que a Barcelona (225 euros davant de 136 euros a Barcelona). Aquesta diferència s'explica, segurament, per la gran divergència en el grau de dispersió/concentració geogràfica entre aquestes dues regions. La resta de regions presenten valors molt més propers entre sí, especialment Lleida, el Camp de Tarragona, les Terres de l'Ebre i la Catalunya Central. En tres d'aquestes quatre regions l'ICS és l'entitat proveïdora majoritària i, atès que segons un estudi recent (Segura *et al.*, 2009) la dotació de personal és més elevada als EAP que pertoquen a l'ICS, es podria pensar que la despesa per persona hauria de ser més elevada a les regions esmentades. La hipòtesi no sembla confirmar-se del tot.

La despesa mitjana per persona en EAP l'any 2007 era de prop de 150 euros. Tanmateix, a la regió que més es va gastar (Alt Pirineu i Aran) la despesa va ser un 65% més elevada que a Barcelona, que és a la cua.

Pel que fa al capítol de farmàcia, observem, en primer lloc, que en medicaments es gasta justament un 50% més que en EAP. Les diferències regionals no són tan elevades com en el cas dels EAP, fet que sembla lògic ja que no s'inclou el manteniment d'edificis, etc. De tota manera, les discrepàncies són prou importants i, sobretot, ajuden a explicar per què Girona és la regió amb la xifra de despesa per càpita més baixa. La despesa farmacèutica per persona a la regió de Girona és un 17,5% inferior a la mitjana de Catalunya. Com que aquesta partida suposa gairebé el 50% del total de la despesa, el seu pes explicaria la posició de desavantatge de Girona en la classificació de despesa total per persona que hem vist a la **figura 6**.

La posició de desavantatge de Girona en la classificació de despesa total per persona en APiSC s'explica, fonamentalment, perquè té la xifra de despesa farmacèutica per càpita més baixa de Catalunya.

Hi ha d'altres serveis en què les diferències són també molt importants: és el cas de les proves complementàries, el PASSIR i el transport sanitari; aquest últim de manera molt destacada, encara que segurament justificada, a l'Alt Pirineu i Aran. La salut mental i el PADES presenten valors molt més agrupats al voltant de la mitjana. Cal tenir en compte que els serveis amb més dispersió territorial són -excepte per al transport sanitari- els serveis en què l'ICS és el proveïdor majoritari. Això sembla apuntar el pes de la tradició com a variable important a l'hora de determinar la despesa en un territori determinat.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Finalment, cal mencionar que, tot i que aquí no es mostren les xifres de despesa desglossades per línies de servei i regió per a tots els anys, els patrons es mantenen bastant estables al llarg del període, és a dir, si una regió és la que més gasta en un tipus de servei determinat el primer any analitzat, el més probable és que continuï gastant més durant la resta d'anys del període. Això denota una inèrcia que potser caldria replantejar.

La distribució regional de la despesa per persona i línies de servei té força inèrcia. Caldria trobar mecanismes per adaptar més estretament la planificació a l'evolució de les necessitats.

Taula 12: Despesa per persona assignada, per línies de servei i regió, 2007

	ATENCIÓ PRIMÀRIA			SERVEIS COMUNITARIS			LÍNIES COMUNES				TOTAL
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut mental	Transport sanitari	Sanitat Respon	Farmàcia	Estructura	
ALT PIRINEU I ARAN	224,53	6,38	3,23	6,01	6,35	15,79	128,52	0,76	234,93	1,14	627,63
LLEIDA	178,59	6,10	1,98	6,28	6,08	13,78	28,38	0,76	239,96	1,34	483,26
CAMP DE TARRAGONA	174,08	12,13	2,30	8,74	7,45	11,61	17,57	0,76	212,23	1,57	448,45
TERRES DE L'EBRE	174,41	8,77	3,10	5,58	6,05	12,11	10,10	0,76	256,00	0,92	477,81
GIRONA	159,65	8,07	2,30	7,41	5,68	11,59	10,57	0,76	190,52	1,34	397,90
CATALUNYA CENTRAL	174,73	13,81	3,67	11,12	4,89	13,82	12,68	0,76	217,81	3,21	456,52
BARCELONA	136,49	16,92	2,57	7,90	6,73	14,41	21,06	0,76	227,83	1,76	436,43
ESTRUCTURA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00
TOTAL	147,74	14,72	2,59	7,98	6,51	13,83	20,29	0,76	223,83	1,76	440,02

Per acabar, a la **taula 13** es relaciona la despesa amb l'equipament i l'activitat, i es calcula la despesa per visita i per recepta a cada regió. Malauradament, no disposem de dades d'equipament ni d'activitat per a totes les línies de servei ni per a tots els anys, motiu pel qual aquest exercici es fa tan sols per a les visites als EAP i les receptes de farmàcia dels metges de l'EAP i les residències geriàtriques. De totes maneres, recordem que, junts, aquests dos tipus de servei representen aproximadament el 85% de la despesa en APISC.

L'any 2007 hi havia 357 EAP en funcionament a Catalunya. La seva distribució regional mostra que a totes les regions, llevat de Barcelona, el percentatge d'EAP supera el percentatge de població assignada (recordeu la distribució de la població de la **taula 11**). Atès el caràcter més urbà que té la regió de Barcelona, el nombre d'habitants per EAP supera el d'altres indrets. Tanmateix, a l'hora de dotar els EAP amb metges (metges generals, pediatres i odontòlegs) aquest desequilibri es neutralitza en part. D'aquesta manera, podem comprovar que la distribució regional dels professionals és bastant paral·lela als percentatges de població assignada, tot i que Barcelona torna a quedar un xic per sota.

On hi ha més discrepàncies és en el nombre de visites per persona. La mitjana a Catalunya és de 6,9 visites l'any (gairebé 50 milions de visites l'any 2007). Tanmateix, hi ha regions, les més rurals i envellides, en què aquesta mitjana se supera amb escreix. Per exemple, a les Terres de l'Ebre la mitjana de visites per persona als EAP frega les 12. La Catalunya Central i Barcelona són les regions amb menys visites per

càpita: 5,6 i 6,5 visites per persona, respectivament. La despesa per visita l'any 2007 va ser de 21,4 euros, però es registren grans diferències regionals. A les Terres de l'Ebre el cost per visita és un 32% més baix (14,65 euros): l'alt nombre de visites és el principal factor explicatiu. A l'altre extrem, a la Catalunya Central el cost s'enfila fins als 31 euros; l'explicació aquí pot ser la combinació d'un nombre de visites per persona inferior a la mitjana i una despesa estructural en EAP elevada.

El cost mitjà per visita l'any 2007 va ser de **21,4 euros**. Les diferències regionals són molt elevades. L'interval va de 14,6 euros fins a 31 euros.

Finalment, pel que fa a la prescripció de receptes de farmàcia, l'any 2007 els metges d'EAP van prescriure 121 milions de receptes; és a dir, prop de 17 receptes per persona. Hi ha una certa dispersió regional. Les Terres de l'Ebre ocupen el primer lloc amb 19 receptes per persona, i Girona ocupa el darrer, amb 14,7 receptes per persona. On no es registra tanta dispersió és en la despesa mitjana per recepta. La mitjana de tot Catalunya és de 12,9 euros (comptant tan sols l'aportació pública) i les desviacions són força petites, com es pot apreciar a la **taula 13**.

L'any 2007 els metges d'atenció primària van prescriure 121 milions de receptes, amb un cost mitjà per recepta (aportació pública) de 12,9 euros.

Taula 13: Dades d'equipament, activitat despesa per visita i recepta dels EAP, 2007

	NOMBRE D'EAP		NOMBRE DE METGES ALS EAP		NOMBRE DE VISITES PER PERSONA ASSIGNADA A L'EAP	NOMBRE DE RECEPTES PER PERSONA ASSIGNADA	DESPEsa / VISITA	DESPEsa / RECEPTA
	N	%	N	%				
ALT PIRINEU I ARAN	8	2,24	101	1,73	9,5	17,50	23,61	13,40
LLEIDA	22	6,16	331	5,71	9,0	17,40	19,89	13,50
CAMP DE TARRAGONA	34	9,52	487	8,39	8,2	16,30	21,17	12,80
TERRES DE L'EBRE	11	3,08	181	3,13	11,9	19,50	14,65	13,30
GIRONA	36	10,08	580	10,01	6,8	14,70	23,65	12,60
CATALUNYA CENTRAL	36	10,08	410	7,07	5,6	16,30	31,34	13,00
BARCELONA	210	58,82	3.710	63,96	6,5	17,20	20,81	12,80
TOTAL / MITJANA	357	100,00	5.800	100,00	6,9	16,90	21,39	12,90

Nota: Les dades sobre el nombre d'EAP i el nombre total de visites s'han extret directament de la Memòria 2007 del CatSalut. El nombre de metges (que inclou metges generals, pediatres i odontòlegs) s'ha calculat a partir de les dades de llocs de treball de metges (taula 18) de la Memòria 2007 del CatSalut. El CatSalut pondera els llocs de treball segons la dedicació horària per calcular llocs de treball equivalents a 36 hores setmanals. El nombre de visites per persona assignada a l'EAP s'ha calculat utilitzant els talls oficials de població assignada del CatSalut als quals ens referim a l'apartat de metodologia; l'import de la despesa per visita s'ha calculat amb les dades de despesa en EAP de la taula 4 i el nombre total de visites de la Memòria del CatSalut. El nombre de receptes inclou les dels EAP i les residències geriàtriques. Tant aquesta dada com la de despesa corresponent ens l'ha subministrada la Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

5. Resum i conclusions

L'objectiu principal d'aquest estudi ha estat identificar i analitzar estadísticament totes aquelles partides de despesa del CatSalut que s'inclouen o són susceptibles d'incloure dins d'un concepte d'APISC ampli. El càlcul de la despesa en atenció primària i la seva evolució recent (període 2005-2008) permet fer una anàlisi de la importància relativa de les diferents facetes de l'atenció primària i comunitària i servirà per orientar la planificació i l'elaboració de les polítiques futures.

La informació utilitzada consisteix en dades administratives dels organismes oficials implicats en la compra o provisió de serveis d'atenció primària. En concret, les dades ens les han facilitades el CatSalut i l'ICS. La despesa s'ha classificat segons tres criteris principals: per línies de servei, per regió i per proveïdor, i s'han distingit dos blocs: l'ICS i la resta d'entitats proveïdores.

Conclusions principals

En síntesi, les conclusions principals d'aquest treball són les següents:

1. El CatSalut destina una part important del seu pressupost a l'atenció primària. Si es té en compte la noció àmplia d'atenció primària, que inclou els EAP i tots els altres serveis (inclosa la farmàcia) que se'n deriven, estan directament connectats o són també un primer punt de contacte per a la població, el percentatge de despesa absorbit per l'atenció primària arriba al 37,7% del total de la despesa sanitària finançada pel CatSalut. En xifres absolutes, la despesa ha passat de 2.676 milions d'euros l'any 2005 a 3.372 milions d'euros l'any 2008.
2. Si tinguéssim en compte solament la visió més limitada de l'atenció primària, centrada en aquelles activitats portades a terme pels EAP, les proves complementàries i l'atenció domiciliària del PADES, la despesa suposaria un 14% del total (valor referit a 2007). Afegint-hi la resta de serveis, excepte la farmàcia, el percentatge puja al 18,4%.
3. El ritme de creixement de la despesa en APISC ha estat molt fort durant el període 2005-2008. En total, la despesa va augmentar un 26% durant el conjunt del període. Si descomptem l'efecte de la inflació, el creixement de la despesa en termes reals va ser del 17,5%. L'any amb la taxa d'increment més elevada va ser el 2006, amb un augment del 9,7%.
4. Per tipus de serveis, el transport sanitari, la rehabilitació i la salut mental són les partides que han experimentat un ritme d'expansió més alt: 120%, 68% i 48%, respectivament, en els quatre anys considerats. La taxa de creixement de la despesa en EAP va ser del 36,8%. El PADES i el PASSIR mostren també taxes de creixement per sobre del 25% en aquests quatre anys. S'ha de destacar que la despesa farmacèutica ha crescut per sota de la mitjana: un 14,26%, encara que aquesta partida absorbeix la meitat o més de tota la despesa en atenció primària, entesa en el sentit ampli a totes les regions sense excepció.
5. Les xifres confirmen que el proveïdor majoritari de serveis d'APISC a Catalunya és l'ICS, que administra aproximadament el 75% de la despesa. No obstant això, el seu pes ha experimentat una lleugera davallada durant el període, especialment la partida d'EAP que és la que més ha augmentat a les altres entitats proveïdores. Com que la proporció d'EAP gestionats per l'ICS i per les AEP no ha variat gaire, la raó d'aquesta diferència en l'evolució de la despesa s'ha de buscar en altres factors.

6. Tot i la presència dominant de l'ICS en l'atenció primària, l'estructura per línies de servei dels dos grans blocs d'entitats proveïdores és molt variada. Això implica que el seu pes dins de cada servei sigui molt diferent. En efecte, l'ICS predomina clarament en l'àmbit dels EAP, les proves complementàries, l'atenció a la salut sexual i reproductiva i la farmàcia; però no ho fa en serveis de salut mental, rehabilitació i PADES.
7. Des de la perspectiva territorial, la importància d'un i altre tipus de proveïdor és també molt variada. A les Terres de l'Ebre, Lleida i la Catalunya Central l'ICS representa el 80% o més de la despesa. A Barcelona i l'Alt Pirineu i Aran el pes de l'ICS està entre el 70 i el 80% de la despesa. Finalment, a Girona representa només el 65% del total i al Camp de Tarragona, on la diversificació envers les AEP ha estat més notable, l'ICS ha baixat fins al 56,7% el darrer any estudiat.
8. Per regions, el pes de Barcelona pot semblar aclaparador. La regió absorbeix aproximadament el 68% de la despesa. Tanmateix, tenint en compte que concentra prop del 69% de la població de Catalunya, la seva importància quant a serveis d'atenció primària és congruent. A l'altre extrem, la regió de l'Alt Pirineu i Aran representa l'1,3% de la despesa, però la seva població no arriba a l'1% del total de Catalunya (el 0,92% l'any 2007). Sembla lògic, però, que aquesta regió sigui més important quant a despesa que quant a població, ja que la dispersió fa que l'assistència sigui més cara.
9. La mitjana de despesa per persona en APiSC a Catalunya va ser de 387,7 euros; 418,8 euros; 440,0 euros i 459,3 euros els anys 2005, 2006, 2007 i 2008, respectivament. Tanmateix, hi ha força variabilitat regional, que s'amplia, en comptes d'escurçar-se, durant el període estudiat.
10. Girona és la regió amb la xifra de despesa per persona més baixa de Catalunya. Aquest fet s'explica, fonamentalment, perquè també té la despesa farmacèutica per persona més baixa del país.
11. Els patrons de despesa per regió i línia de servei es mantenen bastant estables al llarg del període, és a dir, si una regió és la que més gasta en un determinat tipus de servei en el primer any analitzat, el més probable és que continuï gastant més durant la resta d'anys del període. Això denota que hi ha una gran inèrcia en la despesa que potser caldria replantejar. Sobretot, per poder reaccionar amb agilitat als canvis demogràfics experimentats per les diferents regions.
12. Finalment, s'ha calculat un cost mitjà per visita l'any 2007 de 21,4 euros. Tanmateix, amb diferències regionals importants: l'interval va de 14,65 euros fins a 31,4 euros. La despesa mitjana per recepta va ser de 12,9 euros, sense gaires desviacions.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

6. Limitacions i propostes de recerca futura

Aquest estudi té dues limitacions principals. D'una banda, la manca de dades en alguns casos, o la manca de dades classificades segons els criteris emprats. Aquest problema, però, no afecta les partides de despesa principals i, quan sí que afecta, en general ha estat possible fer imputacions raonables. Per tant, creiem que aquesta mancança no altera les grans línies de tendència. L'altra limitació té més a veure amb l'abast propi de l'estudi. Com que es tracta d'una primera anàlisi, han sorgit moltes preguntes a les quals no s'ha pogut donar resposta perquè caldria plantejar una altra metodologia, treballar amb uns altres tipus de dades i, en definitiva, fer un altre tipus d'estudi. De fet, les propostes de recerca futura que s'enumeren a continuació tenen majoritàriament l'origen en aquestes qüestions no contestades a la investigació actual.

En primer lloc, caldria aprofundir en l'anàlisi de la variabilitat regional de la despesa i fer-ho separatament per línies de servei, sobretot les més significatives, com ara els EAP, la farmàcia i les proves complementàries. Aquesta anàlisi permetria esbrinar quina part de la diferència es deu a factors reals (infradotació de recursos) i quina a una gestió més eficient. Per exemple, en el cas de la despesa per persona assignada als EAP, s'haurien d'identificar els factors de població, morbiditat, professionals, el model de provisió i l'entorn que modifiquen la despesa i n'expliquen les diferències.

En segon lloc, caldria investigar més detalladament l'evolució de la despesa real i el pes de l'evolució demogràfica comparada amb d'altres factors també importants, com ara l'evolució de la morbiditat i el seu tractament (protocols) o la força dels grups de pressió i la demanda social.

Finalment, s'haurien d'abordar estudis de cost-efectivitat, en els quals les xifres de despesa es posin en relació amb els resultats de salut. Els treballs que s'han fet fins ara sobre eficiència de l'atenció primària han basat els resultats en mesures d'activitat (despesa per visita, fonamentalment). El que interessa, però, és l'impacte sobre la salut de la població. Actualment en el sistema hi ha força informació sobre alguns dels resultats de salut que s'haurien d'aprofitar per fer una anàlisi de cost-efectivitat a escala de GTS o, fins i tot, d'EAP.

7. Bibliografia

- ¹ Borrell Carrió F, Gené Badía J. *La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI*. Gestión Clínica y Sanitaria 2008; 10 (1): 1-7.
- ² Cutler DM. *Technology, Health Costs, and the NIH*. Paper prepared for the National Institute of Health Economics Roundtable on Biomedical Research, setembre 1995.
- ³ Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del servicio andaluz de salud. Junta de Andalucía, Sevilla, 2007.
- ⁴ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària. Elements estratègics per a la innovació*. Mimeografiado, Barcelona, Departament de Salut, 2008.
- ⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària. Línies d'avenç i reflexió per a l'operativització del Pla*. Mimeografiado, Barcelona, Departament de Salut, 2008.

- ⁶ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. *El pressupost de salut 2008*. Col·lecció "Els Llibres dels Fulls Econòmics", núm. 23. Barcelona, Departament de Salut, 2008.
- ⁷ Generalitat de Catalunya. CatSalut. *Memòria 2007*. Barcelona, Servei Català de la Salut, 2007. Disponible a: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2007/07_catsalut.pdf
- ⁸ Gervas J, Pérez Fernández M. *La necesaria atención primaria en España*. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2008; 10 (1): 8-12.
- ⁹ Ginsburg PB. *High and rising health care costs: desmitifying US health care spending. The Synthesis Project*. Princeton, NJ, Robert Wood Johnson Foundation, 2008.
- ¹⁰ Kringos DS, Boerma WGW, et al. *The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions*. *BMC Health Services Research* 2010; 10 (65): 1-49.
- ¹¹ Lee TH et al. *The future of primary care*. *N Engl J Med* 2008; 359: 2085-92.
- ¹² Ministerio de Sanidad. *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid, Ministerio de Sanidad 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf>
- ¹³ Ministerio de Sanidad y Consumo. *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012*. Proyecto AP 21. http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf. [Consulta: 15 de setembre de 2008]
- ¹⁴ OCDE. *OECD Health Data, 2008*. Paris: OCDE, 2008.
- ¹⁵ OMS. *World Health Report, 2008. Primary care: now more than ever*. Ginebra: OMS, 2008.
- ¹⁶ Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització. BOE 2006 ; (222):32650-32679.
- ¹⁷ Rico, A. *The case for primary care leadership within European health care systems*. A: Saltman RB, Rico A, Boerma W, editors. *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational re-structuring in European primary care*. Buckingham: Open University Press London, 2006.
- ¹⁸ Segura A, Martín Zurro A, et al. *Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2009.
- ¹⁹ Servicio Andaluz de Salud. *Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía 2008*. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/economia/hacienda/planif_presup/presupuesto2008/estado/programas/programas-e-32.pdf. [Consulta: 16 de setembre de 2008].

4. El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

**Francesc Cots Reguant
Enric García-Alzórriz**

I l'equip de treball format per

**Ramón Carreras Collado
Xavier Castells Oliveres
Antoni Payà Panadés
Maria Asunción Sala Figuls
Elisabeth Del Amo Laforga**

Institut Municipal d'Assistència Sanitària

Índex

Equip de Treball i agraïments	139
1. Antecedents	140
2. Objectius	142
3. Materials i mètodes	142
3.1. Àmbit de l'estudi	142
3.2. Període d'estudi	143
3.3. Criteris d'inclusió i exclusió	143
3.4. Avaluació de costos	144
3.4.1. De l'Hospital	144
3.4.2. Cost del PASSIR	145
4. Resultats	145
4.1. Característiques dels parts	145
4.1.1. Relació entre el tipus de part i l'origen de la mare	145
4.1.2. Relació entre el tipus de part i el seguiment de l'embaràs al PASSIR	146
4.1.3. Relació entre l'origen de la mare i el seguiment ambulatori de l'embaràs al PASSIR	146
4.2. Avaluació dels costos del procés	147
4.2.1. Cost del procés del part	147
4.2.1.1. Cost segons el tipus de part	149
4.2.1.2. Cost del part segons l'origen de la mare	155
4.2.1.3. Cost del part segons el seguiment de l'embaràs pel PASSIR	159
5. Discussió i conclusions	164
5.1. Limitacions	164
5.2. Resum de resultats	164
5.2.1. Resum dels resultats segons el tipus de part	165
5.2.2. Resum dels resultats segons l'origen de la mare	166
5.2.3. Resum dels resultats segons el seguiment al PASSIR	167
5.3. Discussió	168
5.4. Recomanacions	168

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

Francesc Cots Reguant.

Cap de Secció d'Epidemiologia i Avaluació. Parc de Salut Mar

Enric García-Alzórriz.

Servei d'Epidemiologia i Avaluació. Parc de Salut Mar

l'equip de treball format per

Ramón Carreras Collado.

Cap del Servei de Ginecologia i Obstetrícia. Parc de Salut Mar

Xavier Castells Oliveres.

Cap del Servei d'Epidemiologia i Avaluació. Parc de Salut Mar

Antoni Payà Panadés.

Cap de secció de Ginecologia i Obstetrícia. Parc de Salut Mar

Maria Asunción Sala Figuls.

Cap d'Àrea del SASSIR. Parc de Salut Mar

Elisabeth Del Amo Laforga.

Direcció del SASSIR. Parc de Salut Mar

Agraïments

Marta Pastor i Fàbregas.

Servei Català de la Salut. Gabinet Tècnic de la Direcció general de Planificació i Avaluació

Ramon Escuriet Peiró.

Departament de Salut. Direcció general de Planificació i Avaluació. Mapa Sanitari

Jaume Canela Soler.

Departament de Salut. Direcció general de Planificació i Avaluació. Gabinet Tècnic de la Direcció general de Planificació i Avaluació

Dolors Costa Sampere.

Departament de Salut. Adjunta Direcció general de Planificació i Avaluació

Elena Calvo Valencia.

Departament de Salut. Cap del Gabinet Tècnic

1. Antecedents

El part i tota l'activitat assistencial que genera no ha tingut una valoració prou acurada pel que fa a la valoració econòmica. Això ha impossibilitat saber l'impacte de diferents intervencions assistencials sobre el cost final del procés. Saber l'increment de cost lligat al part amb cesària, tot tenint en compte que pot canviar força el procés anterior i posterior al part, així com la necessitat d'ingrés del nadó, és una necessitat d'informació a la que no s'ha donat resposta.

Estudis americans situen el cost del part vaginal no complicat, només de l'episodi hospitalari de néixer, per sobre dels 12.000 euros.¹ Per contra, un estudi europeu assigna a Espanya un cost que no passa dels 600 euros,² dins una variació que pot arribar fins als 2.200 euros en altres països veïns al nostre. En estudis de costos generalitzats per grups relacionats amb el diagnòstic (GRD), el nostre equip³ ja havia aprofitat el cost de l'episodi a xifres properes als 2.000 euros, xifra que significa un cost lleugerament per sobre del que el sistema de pesos relatius americans li hauria assignat respecte al cost mitjà d'una alta als hospitals de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS).

L'impacte dels canvis socioculturals que representa la immigració no tenen encara una valoració efectiva, si bé els prejudicis normals previs a l'avaluació real han estès la idea que la immigració s'associa a menys control de l'embaràs i, en conseqüència, a un risc més elevat i a manca d'informació en el moment del part. Tot plegat ha estat l'argumentació generalitzada sobre un percentatge més elevat de cesàries entre la població immigrant.

Cal fer un pas endavant en aquest aspecte i aportar evidència sobre l'impacte de la immigració en el cost del part.

La transcendència del seguiment del protocol a primària mitjançant el Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR) queda fora de tot dubte, però cal saber el nombre i els tipus d'activitats que substitueix respecte dels parts que no fan aquest seguiment. També coneixerem el cost que representa sobre el total del procés.

Els hospitals de l'IMAS disposen de sistemes d'informació assistencial (IMASIS) i econòmica (SisCost) que permeten la valoració de processos assistencials tant pel que fa a la descripció de les activitats assistencials que el conformen com pel que fa al seu cost. Aplicar aquestes fonts d'informació a la valoració del cost de néixer significa tenir accés a informació sobre el seguiment de l'embaràs tant a l'atenció primària (AP) com a l'hospital, del part, incloent l'atenció al nou-nat tant si ingressa com si no, i, finalment, la valoració del consum de recursos en el període posterior al naixement, ja sigui hospitalari o bé a primària. Disposar també de la informació provinent d'AP (PASSIR) dona l'oportunitat de plantejar un estudi que ens permeti valorar de manera molt real el cost total del conjunt del procés del naixement al nostre país. L'àmbit de l'Hospital del Mar i el PASSIR de Ciutat Vella i Sant Martí disposa d'aquesta informació necessària per avaluar els costos de néixer.

¹ AHCA. Cesarean Deliveries in Florida Hospitals. Florida Agency for Health Care Administration, maig de 2006.

² BELLANGER MM, OR Z. What can we learn from a cross-country comparison of the cost of child's delivery? Health Economics 2008; 17:S47-S57.

³ COTS F, CASTELLS X, MERCADÉ LL, TORRE P, RIU M. Risk Adjustment: Beyond patient classification systems. Gaceta Sanitaria 2001; 15(5):423-31.

COTS F, ELVIRA D, CASTELLS X, DALMAU E. Medicare's DRG-Weights in a European environment: the Spanish experience. Health Policy 2000; 51:31-47.

COTS F, ELVIRA D, CASTELLS X, SÁEZ M. Relevance of outlier cases in case mix systems and evaluation of trimming methods for use in Europe. Health Care Management Science 2003; 6:27-35.

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

L'àrea d'influència de l'Hospital del Mar està conformada pels districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, excepte les dues àrees bàsiques de salut (ABS) de Sant Martí per damunt de la Gran Via, que són molt properes a l'Hospital de Sant Pau (10E i 10F). A l'àrea d'influència, per motius històrics, s'hi ha d'afegir l'ABS de la Mina del municipi de Sant Adrià de Besòs. L'àrea té en l'actualitat una població de 314.971 habitants, amb una previsió per al 2015 de 398.704 habitants. Les projeccions de població per a l'any 2015 preveuen un increment molt superior a l'àrea d'influència de l'Hospital del Mar respecte del conjunt de la ciutat. Mentre que a Barcelona es preveu un increment del 7,8%, a Ciutat Vella és del 14,2% i a Sant Martí i la Mina del 19,7%, dada que representa un 17,7% d'increment per al conjunt de l'àrea d'influència de l'IMAS.

Ciutat Vella, el districte amb més atracció per l'Hospital del Mar, continua mostrant uns indicadors sociodemogràfics notablement diferents dels de la mitjana de Barcelona: una població més envellida, però especialment amb més dependència, uns indicadors de salut clarament inferiors, tenint en compte l'envelliment de la població, una mortalitat prematura i una alta incidència de malalties relacionades amb les característiques socioeconòmiques de la població.

Taula 1: Indicadors sociodemogràfics

	Ciutat Vella	Barcelona
Envelliment	186,3	176,6
Gent gran que viu sola	40,5	32,7
Taxa de renda mínima d'inserció per 100.000 h.	743,1	191,4
Raó de mortalitat ajustada per edat i sexe	116,2	100
Raó d'anys potencials de vida perduts	182,6	100
Incidència de la sida per 100.000 h. (acumulat 1999-2006)	261,6	78,8

La població de l'àrea d'influència de l'Hospital utilitza els hospitals públics un 20% més que la resta de la població de la ciutat, patró que no es repeteix quan s'analitza l'atenció primària. Destaca, sobretot, que la taxa d'utilització dels serveis socials de Ciutat Vella és molt superior a la de la ciutat de Barcelona (243 x 1.000 habitants enfront de 87 x 1.000 habitants). Aquest fenomen de més pressió assistencial per capita en la nostra àrea s'explica tant pels diferencials en l'estat de salut (observats en tots els estudis efectuats) com per una menor doble cobertura en aquesta població.

La freqüentació hospitalària pública, tant de Ciutat Vella (108 ingressos per 1.000 habitants) com de tota l'àrea de referència de l'Hospital del Mar (98), és molt superior a la mitjana de Barcelona, que és de 81.

En el període 1986-2006, les dones d'entre 15 i 44 anys passen de 64.000 a 89.000 (+39%), mentre que el conjunt de la població s'ha mantingut estable. Els indicadors de salut maternoinfantil mostren poques diferències entre els districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, i el conjunt de Barcelona, tret del percentatge dels naixements de pares estrangers, que és força diferent com a conseqüència de la presència de població immigrant a cada zona.

Taula 2: Indicadors de salut maternoinfantil, 2005. Dones de 15-49 anys

	Ciutat Vella	Sant Martí	Barcelona
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	33,2	39,1	36,8
% naixements en dones <20 anys	3	1,7	1,8
% naixements en dones >34 anys	26,7	31,1	30,3
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	44,7	16,5	19,1

Font: Registre de naixements, Agència de Salut Pública de Barcelona.

2. Objectius

- Valorar el cost de néixer en un àmbit hospitalari concret.
- Valorar el cost de l'atenció assistencial des de l'inici de l'embaràs fins a tres mesos després del part, incloent el cost hospitalari del nouat durant aquests tres mesos.
- Diferenciar el cost en relació amb el tipus de part, immigració i seguiment de l'embaràs.

3. Materials i mètodes

3.1. Àmbit de l'estudi

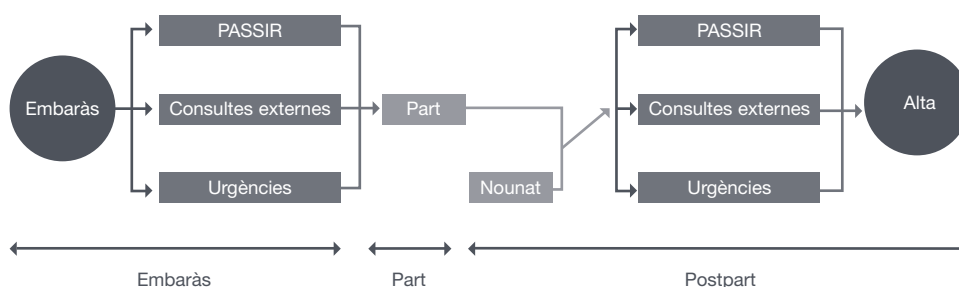
El sector públic sanitari a Catalunya està estructurat de manera que el conjunt de contactes d'una mare amb el sistema sanitari al llarg de l'embaràs es pot relacionar amb diferents proveïdors ben identificables. Concretament, per a la població de l'àrea d'influència de l'Hospital del Mar, una dona embarassada contacta ambulatoriament amb el PASSIR de manera programada, i en cas d'urgències contacta amb el servei d'urgències hospitalàries de l'Hospital del Mar. El naixement es produeix al mateix Hospital i, en cas que sigui necessari, l'ingrés del nadó, també. Només si la complexitat de l'atenció del nouat és molt elevada són traslladats a un hospital d'alta especialització. Per al seguiment ambulatori posterior, el PASSIR té el protocol establert fins a l'alta final del procés.

A més, des del PASSIR moltes dones són remeses a consultes externes (CE) d'obstetrícia per la seva condició de risc gestacional; és a dir, l'Hospital i, més concretament, a CE d'obstetrícia reben dones des d'urgències i des del PASSIR abans que es produeixi el part. La realització d'exploracions complementàries com ara les ecografies (mínim de tres per gestant) i els controls de benestar fetal, que es fan a partir del terme gestacional (40 setmanes en risc baix i 36 en risc alt o molt alt), també es fan a l'Hospital del Mar.

Aquest flux és el que s'esdevé en l'àmbit públic de l'àrea analitzada. Evidentment, pot haver-hi situacions que no segueixin el protocol de manera completa. El control de l'embaràs per part de la població immigrant pot ser menys normalitzat que per a la població autòctona, però les demandes d'atenció urgent hospitalària també es registren i se'n valoren els costos. En tot cas, hi ha un gruix majoritari que segueix el flux presentat com a habitual i que és el que ha de permetre comptabilitzar el conjunt de recursos utilitzats en cada moment.

L'Hospital del Mar atén 1.500 parts anuals, dels quals el 27% es porten a terme mitjançant cesària. El Departament de Neonatologia ingressa 961 nounats l'any (el 70% qualificats com a nounats sense problemes significatius al moment de l'alta), mentre que el nombre de trasllats abans de cinc dies a altres centres es limita a sis casos (any 2006).

Figura 1: Diagrama del procés de néixer en l'entorn de l'atenció sanitària pública a Catalunya



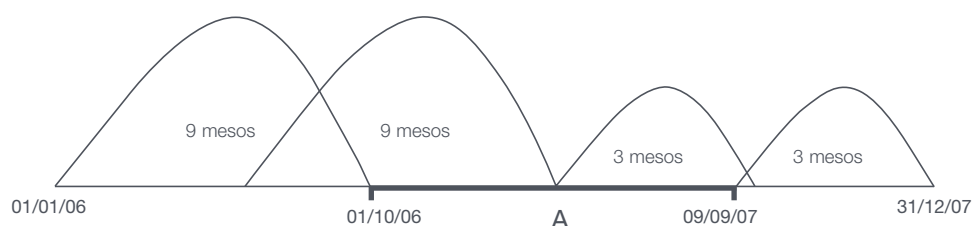
El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

3.2. Període d'estudi

El període estudiat es basa en els anys 2006-2007, dels quals hem seleccionat tots els parts de la finestra temporal que va del dia 01/10/2006 al dia 30/09/2007, per tal de poder cobrir tot el procés per al conjunt de parts de tot un any. És a dir, nou mesos abans de la data del part (embaràs) i tres mesos posteriors a la data del part. Durant el període estudiat hi ha hagut 1.475 parts.

En la figura 2 es pot veure intuïtivament la selecció de la finestra temporal.

Figura 2: Àmbit temporal emprat per a l'estudi



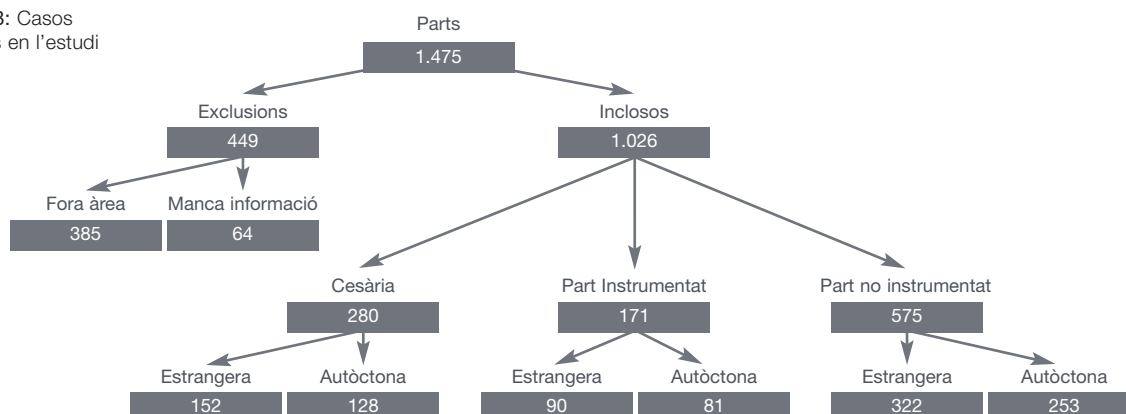
Per exemple, si una dona ha donat a llum el dia 01/10/2006, agafarem totes les seves assistències, relacionades amb l'embaràs i el part, que estiguin dins la finestra temporal (del dia 01/01/2006 al dia 31/12/2006). En l'altre extrem, si una dona ha donat a llum el dia 30/09/2007, s'analitzaran totes les assistències dins el període comprès des del dia 01/01/2007 fins al dia 31/12/2007.

3.3. Criteris d'inclusió i exclusió

Per tal de poder analitzar el cost des de nou mesos abans de la data del part i tres mesos de seguiment posterior, s'han hagut d'excloure aquelles mares que no tenen residència en una de les ABS que són de l'àrea d'influència de Litoral Mar (Ciutat Vella, Sant Martí excepte Camp de l'Arpa i els Encants, i la Mina). També s'han exclòs per a aquesta anàlisi les de la Vila Olímpica, per dificultats a l'hora de compaginar l'estructura de la informació amb les necessitats de l'estudi.

Finalment, s'han exclòs els casos amb problemes d'informació en alguna de les bases de dades emprades, tal com es pot veure en la figura 3.

Figura 3: Casos inclosos en l'estudi



En total, s'analitzen 1.026 parts realitzats a l'Hospital del Mar en el període d'octubre de 2006 a setembre de 2007, ambdós inclosos.

3.4. Avaluació de costos

3.4.1. De l'hospital

El conjunt de l'activitat que s'analitza està valorada dins les bases de dades de costos de l'IMAS dels anys 2006 i 2007 mitjançant el SisCost. Es tracta d'un sistema *full-costing* basat en la pràctica clínica (*Clinical Based Costing*) que incorpora tota l'activitat d'aguts, tant hospitalitzada com ambulatoria. L'IMAS és un grup d'hospitals amb personalitat jurídica pròpia de manera que el conjunt de costos estructurals i indirectes que genera estan inclosos en els sistemes d'informació econòmica i, en conseqüència, són distribuïts per pacient. Atès que l'IMAS té un centre específic per a recerca, l'Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), i que és una empresa ben identificada dins el conjunt d'empreses de l'IMAS, no cal fer una separació de costos relacionats amb la recerca, ja que bona part d'aquests costos queden ben situats en l'empresa finalista de recerca i, per tant, no es relacionaran amb el cost assistencial del pacient. El cost de docència el paguen directament les universitats relacionades amb l'IMAS: la Universitat Autònoma de Barcelona i la Universitat Pompeu Fabra. En conclusió, els costos que incorporen els centres de cost analítics dels serveis clínics inclouen tots els costos estructurals i/o indirectes i, al mateix temps, estan ja exempts dels costos relacionats amb recerca i amb docència.

Per tant, un cop s'han seleccionat els números d'història, de la mare i dels nadons, i una vegada determinada la finestra temporal que s'analitzarà, només cal filtrar les activitats lligades a aquestes històries que estiguin relacionades amb el procés del part i ja tindrem el resultat esperat.

Anàlisi de cost hospitalari lligat al part. S'extreu la informació del sistema de costos i filtrant pel centre de cost del servei de ginecologia i obstetrícia, amb la qual valorem el cost hospitalari degut al part. Desglossem el cost en tres categories: part instrumentat, part no instrumentat i cesària.

Taula 3: Classificació del tipus de parts segons el procediment principal rebut

			Freqüència	Percentatge
Cesària	74.1	Cesària cervical baixa	280	27,29%
Part instrumentat	72.1	Operació amb fòrceps baix amb episiotomia	99	9,65%
	72.4	Rotació del cap fetal amb fòrceps	24	2,34%
	72.8	Un altre deslliurament instrumental específic	44	4,29%
	72.21	Operació amb fòrceps mitjà amb episiotomia	2	0,19%
	72.52	Una altra extracció parcial de natges	2	0,19%
Part no instrumentat	73.4	Inducció mèdica de part	7	0,68%
	73.59	Un altre deslliurament assistit manualment	568	55,36%
Total			1026	100,00%

Cost de l'ingrés del nadó. La valoració del cost de l'ingrés del nadó a l'Hospital es fa seguint la mateixa metodologia que en el cas del part.

No obstant això, fem un reajustament del cost de l'ingrés dels nounats perquè el sistema no comptabilitza els nounats no ingressats i, per tant, no els imputa cap cost. El criteri utilitzat ha estat fer un segon repartiment del cost d'infermeria tenint present l'estada de la mare com a criteri per valorar el consum de recursos esmerçats a tenir cura del nounat.

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

Cost hospitalari i d'urgències per al seguiment de l'embaràs i del postpart. S'extreu la informació també del sistema de costos SisCost-IMAS. Es valora el cost de totes les assistències al servei d'urgències relacionades amb l'embaràs (especialitat d'obstetrícia) i el cost de totes les assistències relacionades amb el postpart.

3.4.2. Cost del PASSIR

Cost ambulatori (PASSIR). Identifiquem totes les assistències fetes al PASSIR mitjançant l'anàlisi del seu sistema de registre d'activitat (estació clínica de treball d'atenció primària -ECAP- per a les ABS de l'Institut Català de la Salut -ICS- i el propi de l'Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal -PAMEM- per a la Barceloneta). No hem fet servir la informació de la Vila Olímpica per problemes a l'hora d'adaptar la seva informació de registres a les necessitats de l'estudi. El cost dels serveis del PASSIR de l'IMAS s'ha relacionat amb aquesta activitat al llarg del període estudiat.

La valoració del cost l'hem fet també mitjançant la informació que tenim del SisCost-IMAS, i s'ha calculat el cost unitari de cada tipus de visita. S'han classificat les visites en grans grups: visites de tocoginecologia (primeres i successives), visites de puerperi i visites de treball social.

Aquesta valoració no incorpora el cost indirecte de l'estructura dels centres on es fan les atencions del PASSIR.

Cost hospitalari i d'urgències del nadó. Informació obtinguda també del sistema de costos SisCost-IMAS, amb la qual podem valorar totes les assistències hospitalàries i d'urgències del nadó durant els tres primers mesos de vida.

4. Resultats

Els resultats es presenten seguint el diagrama de fluxos de la figura 1 per tal de veure els diferents components del procés. Es presenten tant els actes com els pacients amb els quals estan relacionats. El cost total i els costos unitaris per pacient total i per pacient que participa del dispositiu.

4.1. Característiques dels parts

En primer lloc es mira la relació entre les variables de segmentació que es fan servir per analitzar els resultats:

- Tipus de part
- Origen de la mare
- Seguiment de l'embaràs al PASSIR

4.1.1. Relació entre el tipus de part i l'origen de la mare

No es troba cap associació significativa entre l'origen de la mare i el fet de tenir un tipus de part o un altre. Hem d'assumir que no hi ha diferències entre el tipus de part associades a l'origen de la mare (vegeu la taula 4).

Taula 4: Relació entre el tipus de part i l'origen de la mare

	Població Autòctona	Població estrangera	Total
Cesària	128	152	280
Part instrumentat	81	90	171
Part no instrumentat	253	322	575
Total	462	564	1026

	Població Autòctona	Població estrangera	Total
Cesària	12,48%	14,81%	27,29%
Part instrumentat	7,89%	8,77%	16,67%
Part no instrumentat	24,66%	31,38%	56,04%
Total	45,03%	54,97%	100,00%

P-valor = 0,713

4.1.2. Relació entre el tipus de part i el seguiment de l'embaràs al PASSIR

No existeix cap associació entre el fet de visitar-se al PASSIR i el tipus de part posterior (vegeu la taula 5). Tampoc no existeix cap associació entre el tipus de part i les visites que es fan al PASSIR durant l'embaràs. Sí que existeix, però, una associació entre el tipus de part i les visites que es fan al PASSIR durant el postpart. Les dones que han tingut un part no instrumentat es visiten menys que les que han tingut una cesària o un part instrumentat.

Taula 5: Relació entre el tipus de part i el seguiment al PASSIR

	Sense seguiment	Seguiment	Total
Cesària	61	219	280
Part instrumentat	33	138	171
Part no instrumentat	148	427	575
Total	242	784	1026

	Sense seguiment	Seguiment	Total
Cesària	5,95%	21,35%	27,29%
Part instrumentat	3,22%	13,45%	16,67%
Part no instrumentat	14,42%	41,62%	56,04%
Total	23,59%	76,41%	100,00%

P-valor = 0,155

4.1.3. Relació entre l'origen de la mare i el seguiment ambulatori de l'embaràs al PASSIR

Existeix una lleu associació entre el seguiment ambulatori de l'embaràs al PASSIR i l'origen de la mare amb una confiança del 95%. Les dones immigrants tenen un seguiment al PASSIR més alt que les dones nacionals (vegeu la taula 6).

Taula 6: Relació entre l'origen de la mare i el seguiment al PASSIR

	Sense seguiment	Seguiment	Total
Autòctona	130	332	462
Estrangera	112	452	564
Total	242	784	1026

	Sense seguiment	Seguiment	Total
Autòctona	12,67%	32,36%	45,03%
Estrangera	10,92%	44,05%	54,97%
Total	23,59%	76,41%	100,00%

P-valor = 0,002

V de Cramer = 0,097

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

Pel que fa al percentatge de dones que fan seguiment al PASSIR durant l'embaràs, és més baix en les dones autòctones (69%) que en les immigrants (79%).

Les diferències en el seguiment postpart no són significatives, i s'igualava el percentatge de mares que contacta amb el PASSIR al 64%.

4.2. Avaluació dels costos del procés

Els costos es presenten tant per al conjunt de parts del període com desagregats per tipus de part, per origen de la mare i per seguiment de l'embaràs al PASSIR.

4.2.1. Cost del procés del part

A les taules 8 i 9 es presenta el cost del part. Dels resultats obtinguts podem destacar que, de mitjana, un part costa 4.328 euros amb 18,28 contactes per mare al sistema sanitari públic.

L'activitat ambulatoria programada al PASSIR representa 7,31 actes per mare, un 40% del total. A aquesta xifra s'ha d'afegir bona part de les 3,61 exploracions per mare (20%) (vegeu la taula 7). Quan es tradueixen aquests contactes en costos, només representen prop d'un 4% del total (169 euros) si no tenim en compte les exploracions, i si les afegim, llavors s'arriba al 8,84% (383 euros).

Taula 7: Exploracions abans del part

	Freqüència	Percentatge
Altres	28	0,76%
Amniocentesis	79	2,14%
Biòpsies de còrion	15	0,41%
Ecografies	2248	60,99%
Proves de benestar fetal	1316	35,70%
Total	3686	100,00%

De manera inversament proporcional, l'ingrés relacionat amb el part només equival al 5% dels actes, però representa el 57% dels costos totals del procés (2.453 euros per mare).

Es produeixen 4,61 contactes per mare amb l'Hospital tret de l'ingrés del part, xifra que representa el 25% dels contactes i l'11% dels costos totals (493 euros per mare). Aquests contactes es reparteixen força equilibradament entre visites i urgències.

Pel que fa al nònat, representa 1,83 actes assistencials (un 10% del total) i el seu cost representa el 23% del cost total del procés (998 euros).

Taula 8: Cost assistencial del nèixer. Hospital del Mar. 2007.

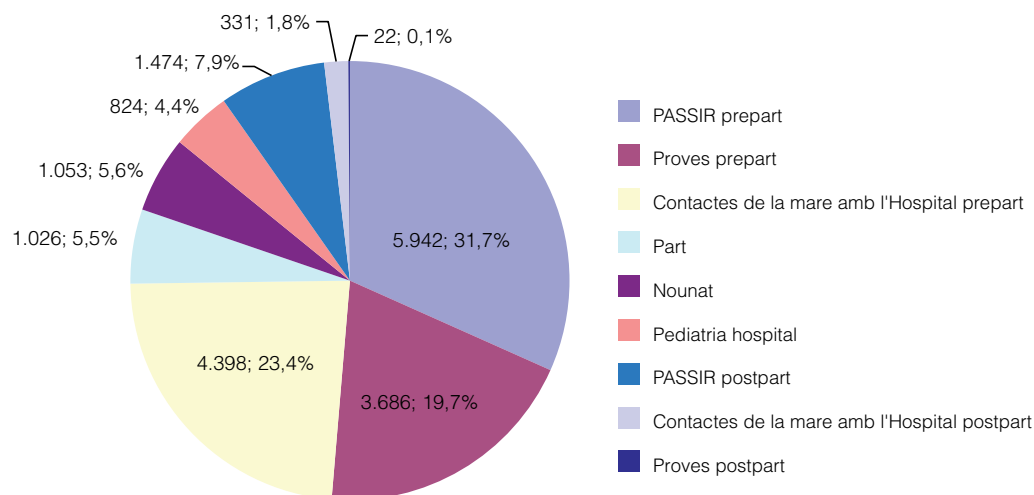
Parts analitzats: 1.026	Actes	Pacients	Cost total (€)	Costos Unitaris (€)		
				Per pacient atès	Per pacient del dispositiu	Per part (1.026)
PASSIR prepart		765				
Primera	765	765	32.272	42	42	31
Successiva	5.177	736	109.239	148	143	106
Subtotal	5.942		141.511	185	138	
Proves prepart		857				
Proves	3.686	857	217.688	254	254	212
Subtotal	3.686		217.688		254	212
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart		931				
Consultes externes	2.252	727	146.762	202	158	143
Hospital de dia	174	125	69.947	560	75	68
Ingrés	43	38	66.572	1.752	72	65
Urgència	1.929	720	168.931	235	181	165
Subtotal	4.398		452.212		486	441
Part		1.026				
Cesària	280	280	903.476	3.227	881	881
Part instrumentat	171	171	403.669	2.361	393	393
Part no instrumentat	575	575	1.210.123	2.105	1.179	1.179
Subtotal	1.026		2.517.269		2.453	2.453
Nounat		1.033				
Ingressa	709	709	761.205	1.074	737	742
No ingressa	324	324	98.802	305	96	96
Reingrés	20	19	21.819	1.148	21	21
Subtotal	1.053		881.826		854	859
Pediatría hospital		459				
Consultes externes	268	218	27.536	126	60	27
Hospital de dia	4	4	5.469	1.367	12	5
Ingrés	47	39	68.137	1.747	148	66
Urgència	505	313	41.831	134	91	41
Subtotal	824		142.973		311	139
PASSIR postpart		655				
Puerperi	291	193	6.497	34	10	6
Successiva	1.183	588	24.995	43	38	24
Subtotal	1.474		31.491		48	31
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart		208				
Consultes externes	72	54	4.958	92	24	5
Ingrés	8	8	24.246	3.031	117	24
Urgència	251	176	24.527	139	118	24
Subtotal	331		53.730		258	52
Proves postpart		7				
Proves	22	7	1.644	235	235	2
Subtotal	22		1.644		235	2
Total	18.756		4.440.344			4.328

Taula 9: Cost assistencial del nèixer. Resum.

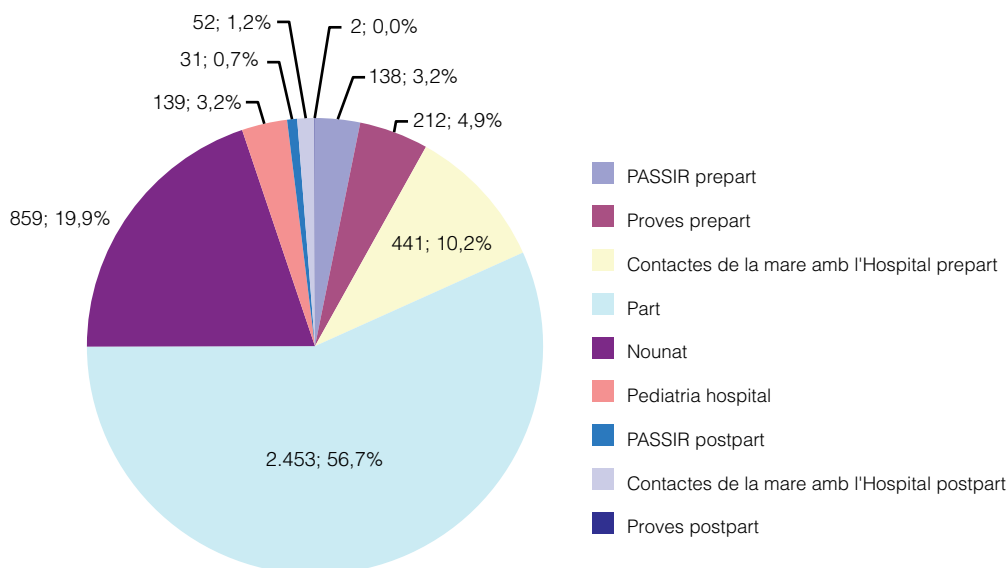
Parts analitzats	Actes assistencials	% d'actes	Actes per part	Cost unitari per part (1.026)	% cost unitari
PASSIR prepart	5.942	31,68%	5,79	138	3,19%
Proves prepart	3.686	19,65%	3,59	212	4,90%
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart	4.398	23,45%	4,29	441	10,18%
Part	1.026	5,47%	1,00	2.453	56,69%
Nounat	1.053	5,61%	1,03	859	19,86%
Pediatría hospital	824	4,39%	0,80	139	3,22%
PASSIR postpart	1.474	7,86%	1,44	31	0,71%
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	331	1,76%	0,32	52	1,21%
Proves postpart	22	0,12%	0,02	2	0,04%
Total	18.756	100,00%	18,28	4.328	100,00%

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

Gràfic 1: Actes assistencials



Gràfic 2: Cost unitari



4.2.1.1. Cost segons el tipus de part

Les cesàries han representat el 27% dels parts; els parts instrumentats, el 17%; mentre que la resta, el 56%, han estat parts vaginals no instrumentats.

Les diferències entre el cost total del procés segons el tipus de part són clarament significatives. La relació de costos és de 5.815 euros per a la cesària, 4.064 euros per al part instrumentat i 3.682 euros per al part no instrumentat. Aquestes diferències es deuen bàsicament al cost del part i del nounat, més concretament, a la diferència en l'estada que hi ha entre els tipus de part.

Tret d'aquesta gran diferència en l'estada i el bloc quirúrgic, trobem significatives algunes petites diferències, com ara que el seguiment hospitalari postpart és més car per a les cesàries i que els parts instrumentats presenten un cost significativament més alt pel que fa a les visites prepart a l'hospital. També presenta diferències el cost de les proves fetes abans del part, i el cost més elevat en aquest cas és per a les cesàries. Cada cesària comporta 4,31 proves/dona, mentre que el part instrumentat només 3,58 i el part no instrumentat, 3,24.

La resta d'aspectes no tenen incidència significativa sobre el cost del part.

Taula 10: Cost assistencial del nèixer. Hospital del Mar. 2007

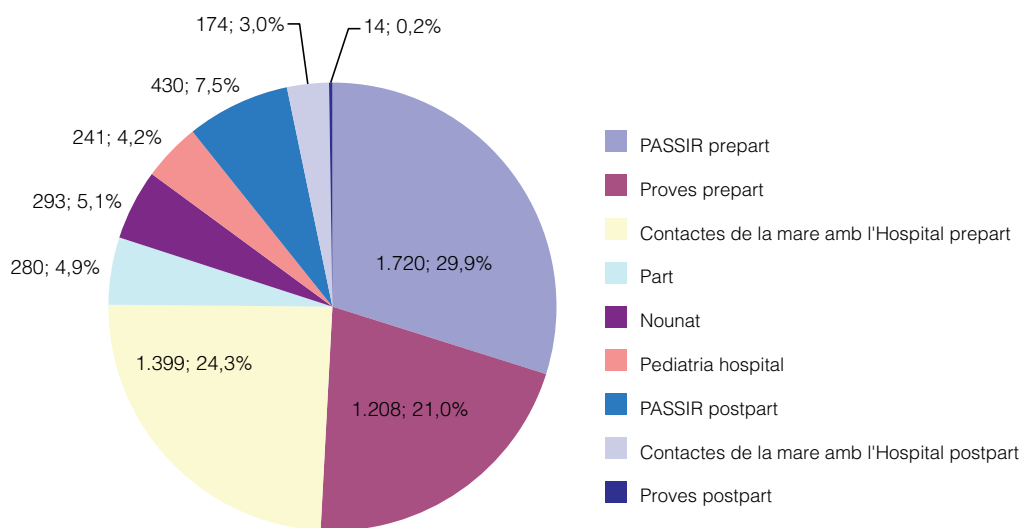
	Actes	Pacients	Cost total (€)	Costos Unitaris (€)		
				Per pacient atès	Per pacient del dispositiu	Per part (1.026)
Parts per Cesària: 280						
PASSIR prepart		216				
Primera	216	216	9.112	42	42	33
Successiva	1.504	207	31.745	153	147	113
Subtotal	1.720		40.857		189	146
Proves prepart		246				
Proves	1.208	246	74.279	302	302	265
Subtotal	1.208		74.279		302	265
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart		257				
Consultes externes	783	211	50.223	238	195	179
Hospital de dia	68	48	26.819	559	104	96
Ingrés	6	6	7.108	1.185	28	25
Urgència	542	199	47.427	238	185	169
Subtotal	1.399		131.577		512	470
Part		280				
Cesària	280	280	903.476	3.227	3.227	3.227
Subtotal	280		903.476		3.227	3.227
Nounat		286				
Ingressa	212	212	339.397	1.601	1.187	1.212
No ingressa	74	74	32.934	445	115	118
Reingrés	7	6	7.598	1.266	27	27
Subtotal	293		379.930		1.328	1.357
Pediatria hospital		141				
Consultes externes	97	79	10.399	132	74	37
Hospital de dia	3	3	3.898	1.299	28	14
Ingrés	14	12	26.686	2.224	189	95
Urgència	127	82	10.950	134	78	39
Subtotal	241		51.932		368	185
PASSIR postpart		187				
Puerperi	93	58	2.004	35	11	7
Successiva	337	166	7.108	43	38	25
Subtotal	430		9.112		49	33
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart		109				
Consultes externes	26	20	2.968	148	27	11
Ingrés	4	4	19.638	4.909	180	70
Urgència	144	100	13.285	133	122	47
Subtotal	174		35.891		329	128
Proves postpart		2				
Proves	14	2	1.142	571	571	4
Subtotal	14		1.142		571	4
Total	5.759		1.628.195			5.815

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

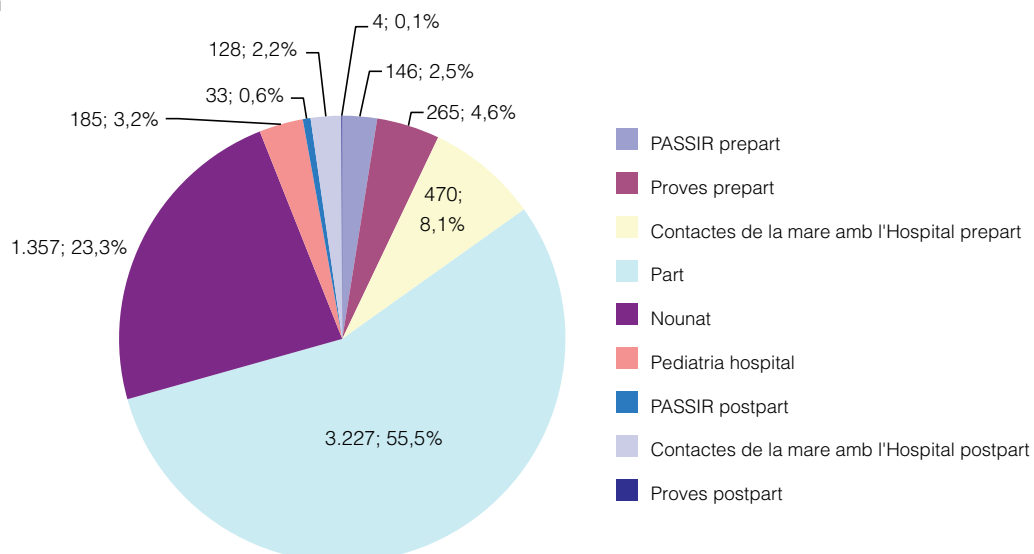
Taula 11: Cost assistencial del néixer. Resum.

Parts per Cesària	Actes assistencials	% d'actes	Actes per part	Cost unitari part (1.026)	% cost unitari
PASSIR prepart	1.720	29,87%	6,14	146	2,51%
Proves prepart	1.208	20,98%	4,31	265	4,56%
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart	1.399	24,29%	5,00	470	8,08%
Part	280	4,86%	1,00	3.227	55,49%
Nounat	293	5,09%	1,05	1.357	23,33%
Pediatria hospital	241	4,18%	0,86	185	3,19%
PASSIR postpart	430	7,47%	1,54	33	0,56%
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	174	3,02%	0,62	128	2,20%
Proves postpart	14	0,24%	0,05	4	0,07%
Total	5.759	100,00%	20,57	5.815	100,00%

Gràfic 3: Actes assistencials



Gràfic 4: Cost unitari



Taula 12: Cost assistencial del nèixer. Hospital del Mar. 2007

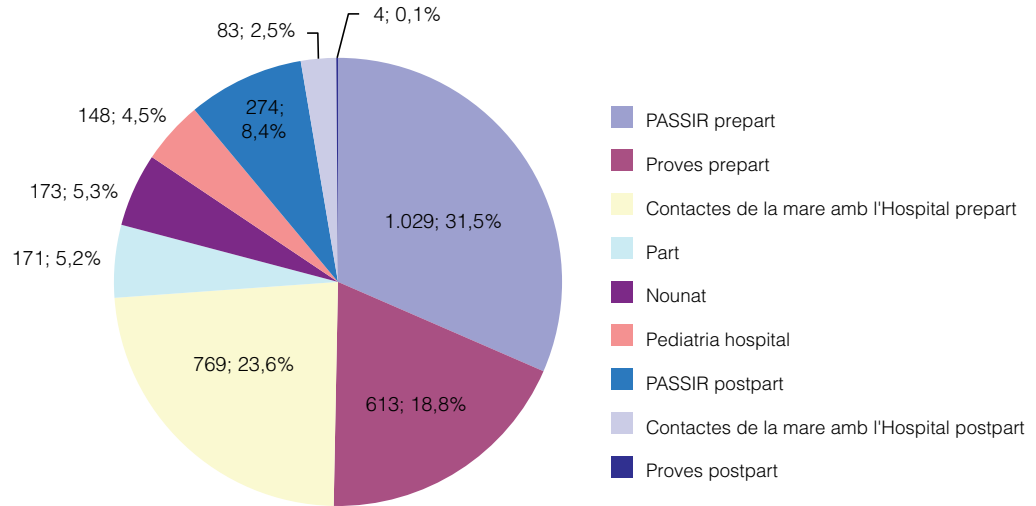
	Actes	Pacients	Cost total (€)	Costos Unitaris (€)		
				Per pacient atès	Per pacient del dispositiu	Per part (1.026)
Parts instrumentats: 171						
PASSIR preparat		134				
Primera	134	134	5.653	42	42	33
Successiva	895	124	18.878	152	141	110
Subtotal	1.029		24.531		183	143
Proves preparat		143				
Proves	613	143	35.312	247	247	207
Subtotal	613		35.312		247	207
Contactes de la mare amb l'Hospital preparat		153				
Consultes externes	376	122	24.751	203	162	145
Hospital de dia	23	18	9.165	509	60	54
Ingrés	15	12	23.049	1.921	151	135
Urgència	355	127	32.097	253	210	188
Subtotal	769		89.063		582	521
Part		171				
Instrumentat	171	171	403.669	2.361	2.361	2.361
Subtotal	171		403.669		2.361	2.361
Nounat		171				
Ingressa	119	119	92.048	774	538	538
No ingressa	52	52	15.571	299	91	91
Reingrés	2	2	1.345	672	8	8
Subtotal	173		108.964		637	637
Pediatría hospital		86				
Consultes externes	51	42	5.109	122	59	30
Hospital de dia	0	0	0	0	0	0
Ingrés	3	3	5.141	1.714	60	30
Urgència	94	60	7.554	126	88	44
Subtotal	148		17.804		207	104
PASSIR postpart		120				
Puerperi	50	35	1.139	33	9	7
Successiva	224	106	4.725	45	39	28
Subtotal	274		5.864		49	34
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart		41				
Consultes externes	21	12	1.101	92	27	6
Ingrés	2	2	1.793	896	44	10
Urgència	60	35	6.587	188	161	39
Subtotal	83		9.481		231	55
Proves postpart		1				
Proves	4	1	323	323	323	2
Subtotal	4		323		323	2
Total	3.264		695.010			4.064

Taula 13: Cost assistencial del nèixer. Resum.

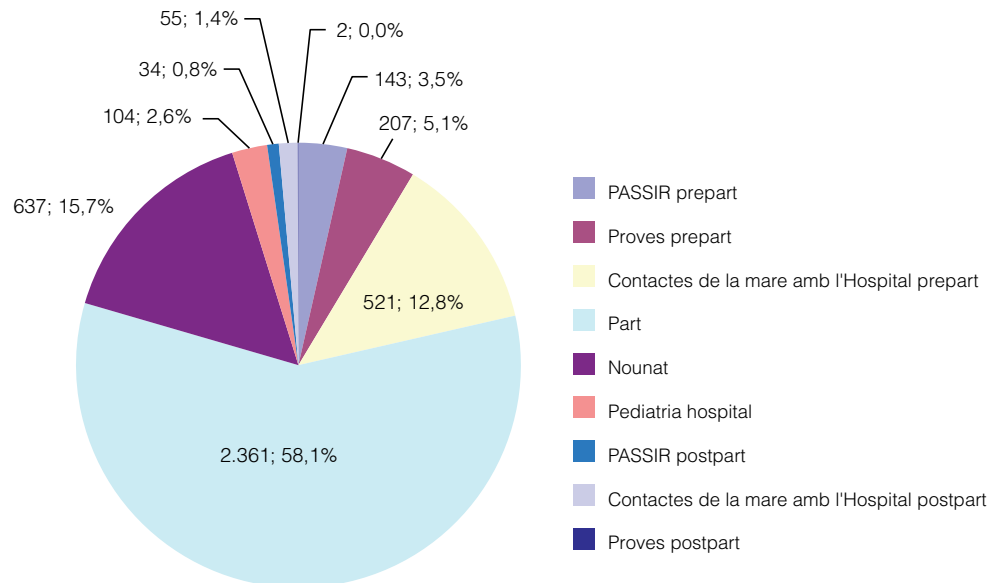
Parts instrumentats	Actes assistencials	% d'actes	Actes per part	Cost unitari per part (1.026)	% cost unitari
PASSIR preparat	1.029	31,53%	6,02	143	3,53%
Proves preparat	613	18,78%	3,58	207	5,08%
Contactes de la mare amb l'Hospital preparat	769	23,56%	4,50	521	12,81%
Part	171	5,24%	1,00	2.361	58,08%
Nounat	173	5,30%	1,01	637	15,68%
Pediatría hospital	148	4,53%	0,87	104	2,56%
PASSIR postpart	274	8,39%	1,60	34	0,84%
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	83	2,54%	0,49	55	1,36%
Proves postpart	4	0,12%	0,02	2	0,05%
Total	3.264	100,00%	19,09	4.064	100,00%

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

Gràfic 5: Actes assistencials



Gràfic 6: Cost unitari



Taula 14: Cost assistencial del nèixer. Hospital del Mar. 2007

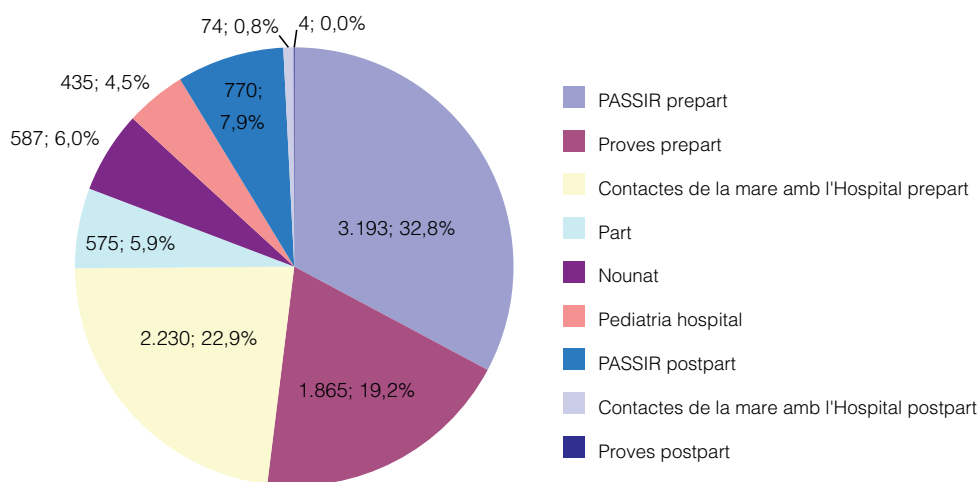
	Parts no instrumentats: 575			Costos Unitaris (€)		
	Actes	Pacients	Cost total (€)	Per pacient atès	Per pacient del dispositiu	Per part (1.026)
PASSIR preparat		415				
Primera	415	415	17.507	42	42	30
Successiva	2.778	405	58.617	145	141	102
Subtotal	3.193		76.124		183	132
Proves preparat		468				
Proves	1.865	468	108.097	231	231	188
Subtotal	1.865		108.097		231	188
Contactes de la mare amb l'Hospital preparat		521				
Consultes externes	1.093	394	71.787	182	138	125
Hospital de dia	83	59	33.963	576	65	59
Ingrés	22	20	36.415	1.821	70	63
Urgència	1.032	394	89.408	227	172	155
Subtotal	2.230		231.573		444	403
Part		575				
No instrumentat	575	575	1.210.123	2.105	2.105	2.105
Subtotal	575		1.210.123		2.105	2.105
Nounat		576				
Ingressa	378	378	329.759	872	572	573
No ingressa	198	198	50.297	254	87	87
Reingrés	11	11	12.876	1.171	22	22
Subtotal	587		392.933		682	683
Pediatría hospital		232				
Consultes externes	120	97	12.028	124	52	21
Hospital de dia	1	1	1.571	1.571	7	3
Ingrés	30	24	36.310	1.513	157	63
Urgència	284	171	23.328	136	101	41
Subtotal	435		73.237		316	127
PASSIR postpart		348				
Puerperi	148	100	3.354	34	10	6
Successiva	622	316	13.162	42	38	23
Subtotal	770		16.516		47	29
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart		58				
Consultes externes	25	22	889	40	15	2
Ingrés	2	2	2.815	1.407	49	5
Urgència	47	41	4.655	114	80	8
Subtotal	74		8.359		144	15
Proves postpart		4				
Proves	4	4	179	45	45	0
Subtotal	4		179		45	0
Total	9.733		2.117.139			3.682

Taula 15: Cost assistencial del nèixer. Resum.

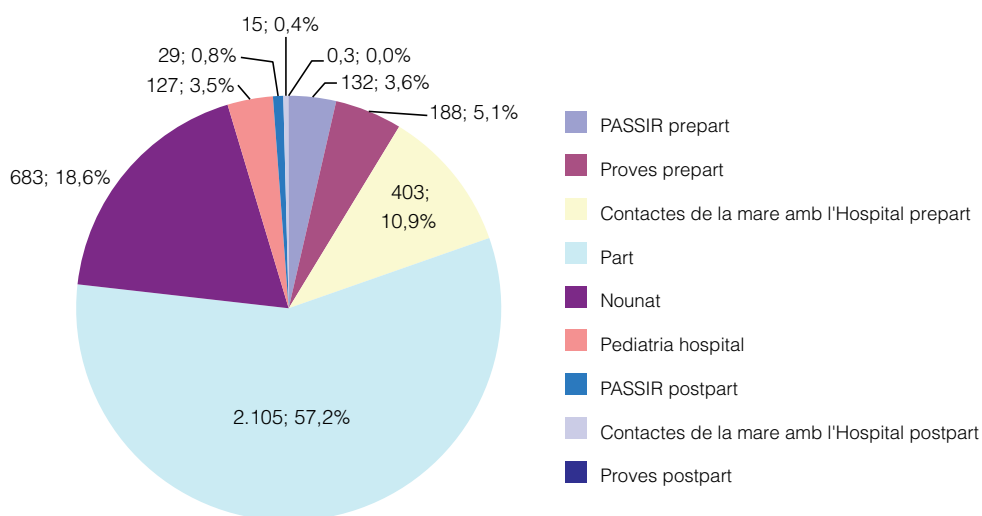
Parts no instrumentats	Actes assistencials	% d'actes	Actes per part	Cost unitari part (1.026)	% cost unitari
PASSIR preparat	3.193	32,81%	5,55	132	3,60%
Proves preparat	1.865	19,16%	3,24	188	5,11%
Contactes de la mare amb l'Hospital preparat	2.230	22,91%	3,88	403	10,94%
Part	575	5,91%	1,00	2.105	57,16%
Nounat	587	6,03%	1,02	683	18,56%
Pediatría hospital	435	4,47%	0,76	127	3,46%
PASSIR postpart	770	7,91%	1,34	29	0,78%
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	74	0,76%	0,13	15	0,39%
Proves postpart	4	0,04%	0,01	0,3	0,01%
Total	9.733	100,00%	16,93	3.682	100,00%

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

Gràfic 7: Actes assistencials



Gràfic 8: Cost unitari



4.2.1.2. Cost del part segons l'origen de la mare

No s'observa una diferència rellevant en el cost global del procés de néixer segons l'origen de la mare. Aquesta absència de diferències en el cost global observat és coherent amb l'anàlisi estadística per a cada episodi del part que manté l'absència de diferències rellevants.

Només s'observen diferències significatives, però poc rellevants econòmicament, en el cost de les visites fetes al PASSIR durant l'embaràs. Les dones nacionals tenen un cost de visites més alt perquè acudeixen més vegades al PASSIR. La ràtio de contactes PASSIR per dona és de 8,93, mentre que per a les dones immigrants és de 7,31.

També s'observen petites diferències en el cost de les proves abans del part. Les dones nacionals tenen un cost més alt perquè es fan més proves: 3,81 proves per dona autòctona i 3,41 per dona immigrant.

Taula 16: Cost assistencial del nèixer. Hospital del Mar. 2007

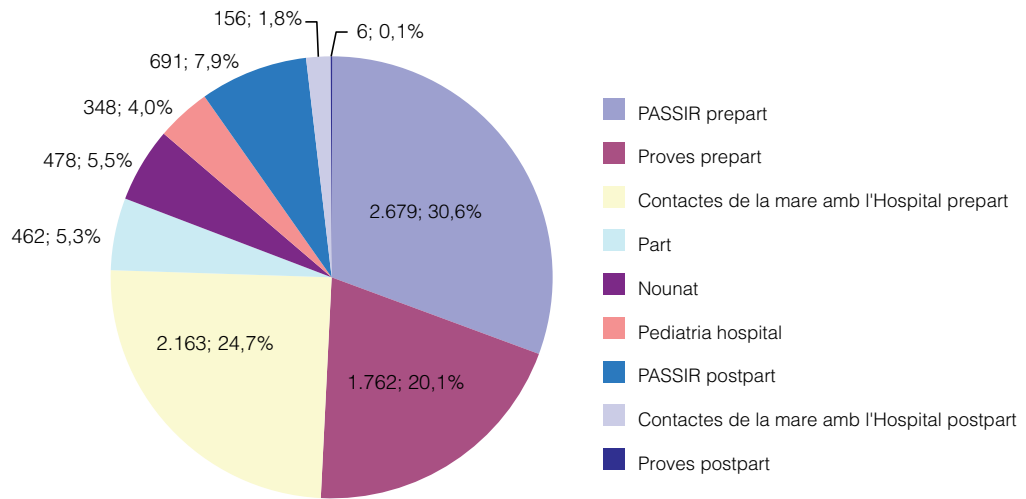
Autòctones: 462	Costos Unitaris (€)					
	Actes	Pacients	Cost total (€)	Per pacient atès	Per pacient del dispositiu	Per part (1.026)
PASSIR preparat	319					
Primera	319	319	13.457	42	42	29
Successiva	2.360	309	49.779	21	156	108
Subtotal	2.679		63.236		198	137
Proves preparat	386					
Proves	1.762	386	109.682	284	284	237
Subtotal	1.762		109.682		284	237
Contactes de la mare amb l'Hospital preparat	431					
Consultes externes	1.106	350	72.819	208	169	158
Hospital de dia	33	26	13.247	510	31	29
Ingrés	15	13	25.334	1.949	59	55
Urgència	1.009	344	88.470	257	205	191
Subtotal	2.163		199.869		464	433
Part	462					
Cesària	128	128	410.652	3.208	889	889
Instrumentat	81	81	194.174	2.397	420	420
No instrumentat	253	253	538.357	2.128	1.165	1.165
Subtotal	462		1.143.183		2.474	2.474
Nounat	465					
Ingressa	307	307	318.994	1.039	686	690
No ingressa	158	158	47.721	302	103	103
Reingrés	13	12	14.694	1.225	32	32
Subtotal	478		381.409		820	826
Pediatría hospital	198					
Consultes externes	102	93	11.274	121	57	24
Hospital de dia	1	1	1.571	1.571	8	3
Ingrés	18	16	27.039	1.690	137	59
Urgència	227	133	18.726	141	95	41
Subtotal	348		58.609		296	127
PASSIR postpart	293					
Puerperi	157	97	3.565	37	12	8
Successiva	534	256	11.285	44	39	24
Subtotal	691		14.849		51	32
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	102					
Consultes externes	44	31	2.631	85	26	6
Ingrés	5	5	4.969	994	49	11
Urgència	107	83	10.832	131	106	23
Subtotal	156		18.432		181	40
Proves postpart	3					
Proves	6	3	410	137	137	1
Subtotal	6		410		137	1
Total	8.745		1.989.679			4.307

Taula 17: Cost assistencial del nèixer. Resum.

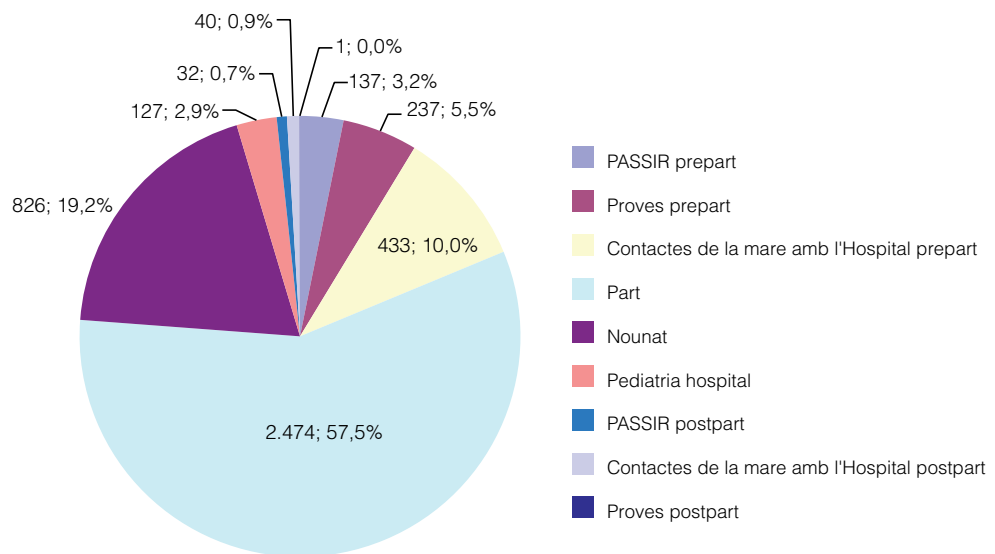
Dones autòctones	Actes assistencials	% d'actes	Actes per part	Cost unitari per part (1.026)	% cost unitari
PASSIR preparat	2.679	30,63%	5,80	137	3,18%
Proves preparat	1.762	20,15%	3,81	237	5,51%
Contactes de la mare amb l'Hospital preparat	2.163	24,73%	4,68	433	10,05%
Part	462	5,28%	1,00	2.474	57,46%
Nounat	478	5,47%	1,03	826	19,17%
Pediatría hospital	348	3,98%	0,75	127	2,95%
PASSIR postpart	691	7,90%	1,50	32	0,75%
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	156	1,78%	0,34	40	0,93%
Proves postpart	6	0,07%	0,01	1	0,02%
Total	8.745	100,00%	18,93	4.307	100,00%

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

Gràfic 9: Actes assistencials



Gràfic 10: Cost unitari



Taula 18: Cost assistencial del nèixer. Hospital del Mar. 2007

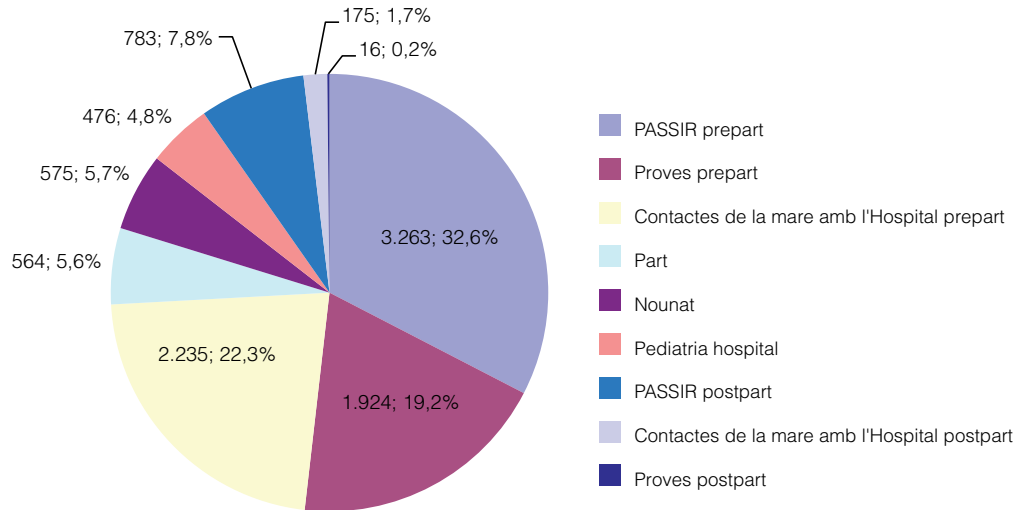
Estrangeres: 564	Costos Unitaris (€)					
	Actes	Pacients	Cost total (€)	Per pacient atès	Per pacient del dispositiu	Per part (1.026)
PASSIR preparat	446					
Primera	446	446	18.815	42	42	33
Successiva	2.817	427	59.460	139	133	105
Subtotal	3.263		78.275		176	139
Proves preparat		471				
Proves	1.924	471	108.006	229	229	192
Subtotal	1.924		108.006		229	192
Contactes de la mare amb l'Hospital preparat		500				
Consultes externes	1.146	377	73.943	196	148	131
Hospital de dia	141	99	56.700	573	113	101
Ingrés	28	25	41.238	1.650	82	73
Urgència	920	376	80.462	214	161	143
Subtotal	2.235		252.343		505	447
Part		564				
Cesària	152	152	492.824	3.242	874	874
Instrumentat	90	90	209.495	2.328	371	371
No instrumentat	322	322	671.767	2.086	1.191	1.191
Subtotal	564		1.374.086		2.436	2.436
Nounat		568				
Ingressa	402	402	442.211	1.100	779	784
No ingressa	166	166	51.081	308	90	91
Reingrés	7	7	7.125	1.018	13	13
Subtotal	575		500.417		881	887
Pediatría hospital		261				
Consultes externes	166	125	16.262	130	62	29
Hospital de dia	3	3	3.898	1.299	15	7
Ingrés	29	23	41.098	1.787	157	73
Urgència	278	180	23.105	128	89	41
Subtotal	476		84.363		323	150
PASSIR postpart		362				
Puerperi	134	96	2.932	31	8	5
Successiva	649	332	13.710	41	38	24
Subtotal	783		16.642		46	30
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart		106				
Consultes externes	28	23	2.327	101	22	4
Ingrés	3	3	19.276	6.425	182	34
Urgència	144	93	13.695	147	129	24
Subtotal	175		35.298		333	63
Proves postpart		4				
Proves	16	4	1.234	308	308	2
Subtotal	16		1.234		308	2
Total	10.011		2.450.665			4.345

Taula 19: Cost assistencial del nèixer. Resum.

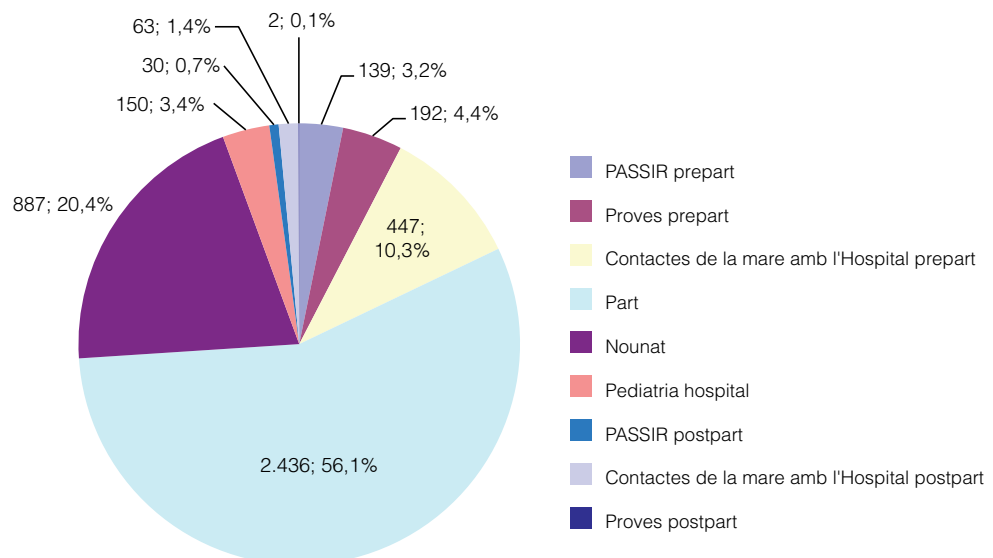
Dones estrangeres	Actes assistencials	% d'actes	Actes per part	Cost unitari per part (1.026)	% cost unitari
PASSIR preparat	3.263	32,59%	5,79	139	3,19%
Proves preparat	1.924	19,22%	3,41	192	4,41%
Contactes de la mare amb l'Hospital preparat	2.235	22,33%	3,96	447	10,30%
Part	564	5,63%	1,00	2.436	56,07%
Nounat	575	5,74%	1,02	887	20,42%
Pediatría hospital	476	4,75%	0,84	150	3,44%
PASSIR postpart	783	7,82%	1,39	30	0,68%
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	175	1,75%	0,31	63	1,44%
Proves postpart	16	0,16%	0,03	2	0,05%
Total	10.011	100,00%	17,75	4.345	100,00%

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

Gràfic 11: Actes assistencials



Gràfic 12: Cost unitari



4.2.1.3. Cost del part segons el seguiment de l'embaràs pel PASSIR

Només s'observen diferències significatives en el cost de les proves abans del part. El seguiment més ampli del PASSIR comporta un cost més elevat de proves, ja que pel fet de visitar-se es recomana a les dones unes proves de seguiment que si no es visitessin no es farien.

En la resta d'episodis no s'observen diferències significatives, de manera que el cost global més elevat de les dones que tenen seguiment l'hem de buscar en aquests dos episodis.

Taula 20: Cost assistencial del nèixer. Hospital del Mar. 2007

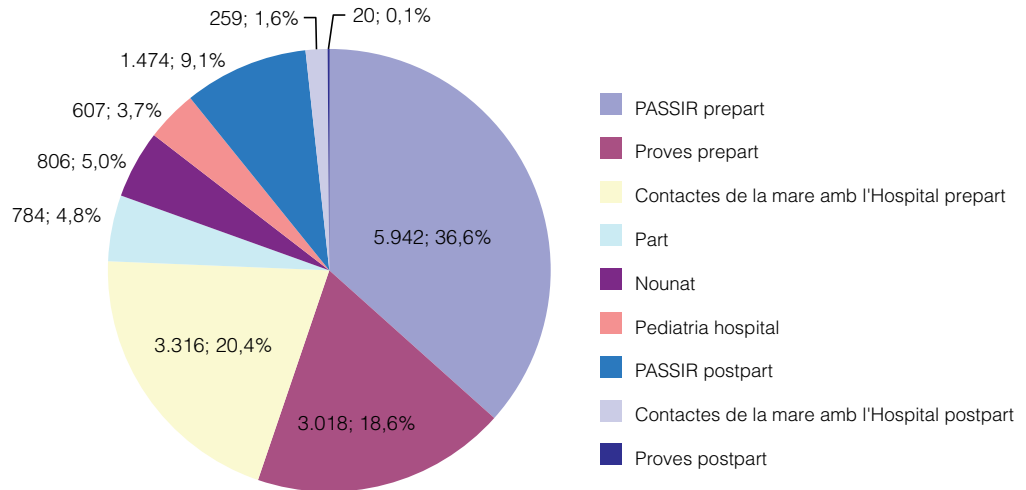
	Costos Unitaris (€)					
	Actes	Pacients	Cost total (€)	Per pacient atès	Per pacient del dispositiu	Per part (1.026)
Segueixen Passir: 784						
PASSIR prepart	765					
Primera	765	765	32.272	42	42	41
Successiva	5.177	736	109.239	148	143	139
Subtotal	5.942		141.511		185	180
Proves prepart		676				
Proves	3.018	676	179.981	266	266	230
Subtotal	3.018		179.981		266	230
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart		708				
Consultes externes	1.714	543	107.210	197	151	137
Hospital de dia	162	115	65.067	566	92	83
Ingrés	37	33	58.265	1.766	82	74
Urgència	1.403	541	122.587	227	173	156
Subtotal	3.316		353.128		499	450
Part		784				
Cesària	219	219	708.003	3.233	903	903
Instrumentat	138	138	327.237	2.371	417	417
No instrumentat	427	427	896.591	2.100	1.144	1.144
Subtotal	784		1.931.830		2.464	2.464
Nounat		789				
Ingressa	544	544	583.932	1.073	740	745
No ingressa	245	245	76.286	311	97	97
Reingrés	17	16	18.858	1.179	24	24
Subtotal	806		679.075		861	866
Pediatría hospital		348				
Consultes externes	207	176	21.243	121	61	27
Hospital de dia	3	3	3.515	1.172	10	4
Ingrés	38	30	54.946	1.832	158	70
Urgència	359	232	30.130	130	87	38
Subtotal	607		109.834		316	140
PASSIR postpart		655				
Puerperi	291	193	6.497	34	10	8
Successiva	1.183	588	24.995	43	38	32
Subtotal	1.474		31.491		48	40
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart		159				
Consultes externes	55	43	4.020	93	25	5
Ingrés	7	7	23.721	3.389	149	30
Urgència	197	135	18.531	137	117	24
Subtotal	259		46.273		291	59
Proves postpart		5				
Proves	20	5	1.552	310	310	2
Subtotal	20		1.552		310	2
Total	16.226		3.474.676			4.432

Taula 21: Cost assistencial del nèixer. Resum.

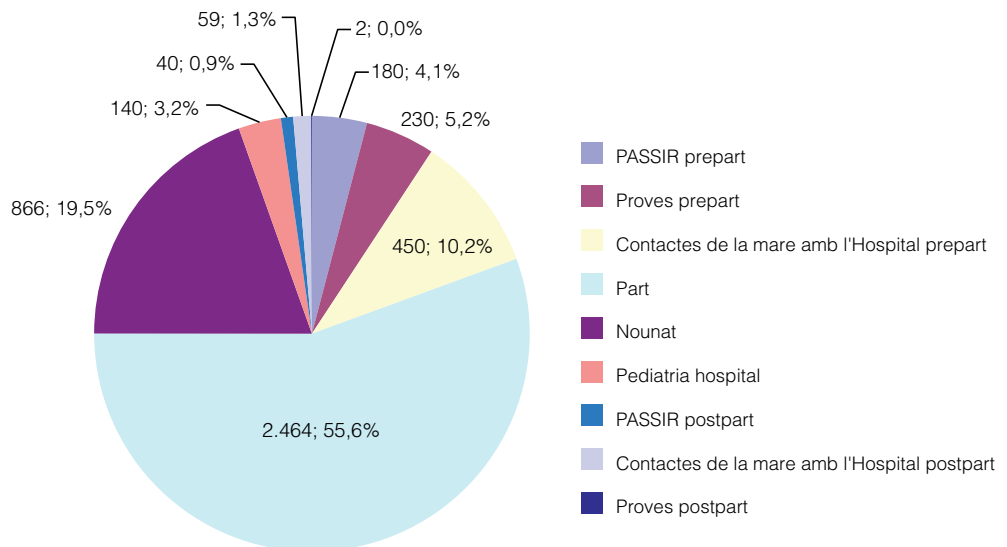
Segueixen PASSIR	Actes assistencials	% d'actes	Actes per part	Cost unitari per part (1.026)	% cost unitari
PASSIR prepart	5.942	36,62%	7,58	180	4,07%
Proves prepart	3.018	18,60%	3,85	230	5,18%
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart	3.316	20,44%	4,23	450	10,16%
Part	784	4,83%	1,00	2.464	55,60%
Nounat	806	4,97%	1,03	866	19,54%
Pediatría hospital	607	3,74%	0,77	140	3,16%
PASSIR postpart	1.474	9,08%	1,88	40	0,91%
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	259	1,60%	0,33	59	1,33%
Proves postpart	20	0,12%	0,03	2	0,04%
Total	16.226	100,00%	20,70	4.432	100,00%

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

Gràfic 13: Actes assistencials



Gràfic 14: Cost unitari



Taula 22: Cost assistencial del nèixer. Hospital del Mar. 2007

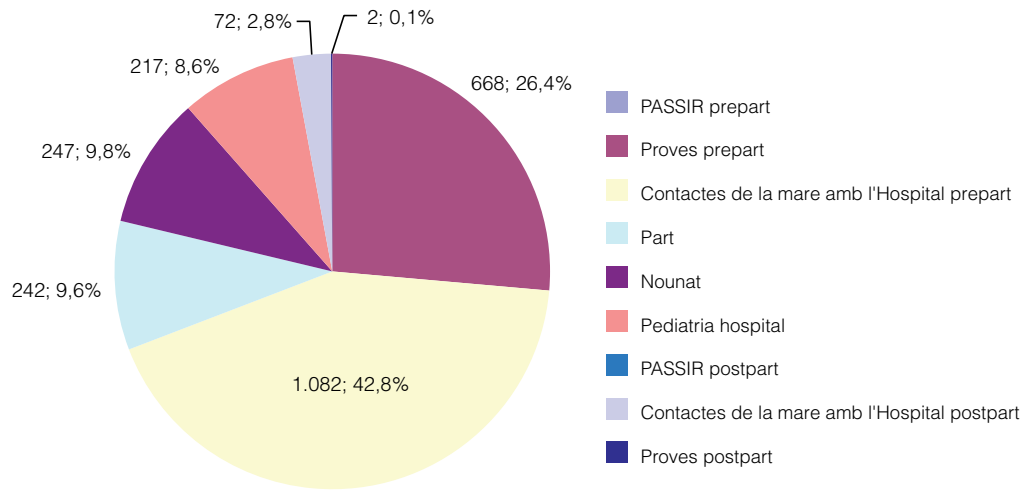
	No segueixen Passir: 242			Costos Unitaris (€)		
	Actes	Pacients	Cost total (€)	Per pacient atès	Per pacient del dispositiu	Per part (1.026)
PASSIR prepart	0					
Primera	0	0	0	0	0	0
Successiva	0	0	0	0	0	0
Subtotal	0		0		0	0
Proves prepart		181				
Proves	668	181	37.707	208	208	156
Subtotal	668		37.707		208	156
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart		223				
Consultes externes	538	184	39.552	215	177	163
Hospital de dia	12	10	4.880	488	22	20
Ingrés	6	5	8.307	1.661	37	34
Urgència	526	179	46.344	259	208	192
Subtotal	1.082		99.084		444	409
Part		242				
Cesària	61	61	195.473	3.204	808	808
Instrumentat	33	33	76.433	2.316	316	316
No instrumentat	148	148	313.533	2.118	1.296	1.296
Subtotal	242		585.438		2.419	2.419
Nounat		244				
Ingressa	165	165	177.273	1.074	727	733
No ingressa	79	79	22.516	285	92	93
Reingrés	3	3	2.961	987	12	12
Subtotal	247		202.751		831	838
Pediatría hospital		111				
Consultes externes	61	42	6.293	150	57	26
Hospital de dia	1	1	1.954	1.954	18	8
Ingrés	9	9	13.191	1.466	119	55
Urgència	146	81	11.701	144	105	48
Subtotal	217		33.139		299	137
PASSIR postpart		0				
Puerperi	0	0	0	0	0	0
Successiva	0	0	0	0	0	0
Subtotal	0		0		0	0
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart		49				
Consultes externes	17	11	938	85	19	4
Ingrés	1	1	524	524	11	2
Urgència	54	41	5.996	146	122	25
Subtotal	72		7.458		152	31
Proves postpart		2				
Proves	2	2	92	46	46	0
Subtotal	2		92		46	0
Total	2.530		965.668			3.990

Taula 23: Cost assistencial del nèixer. Resum.

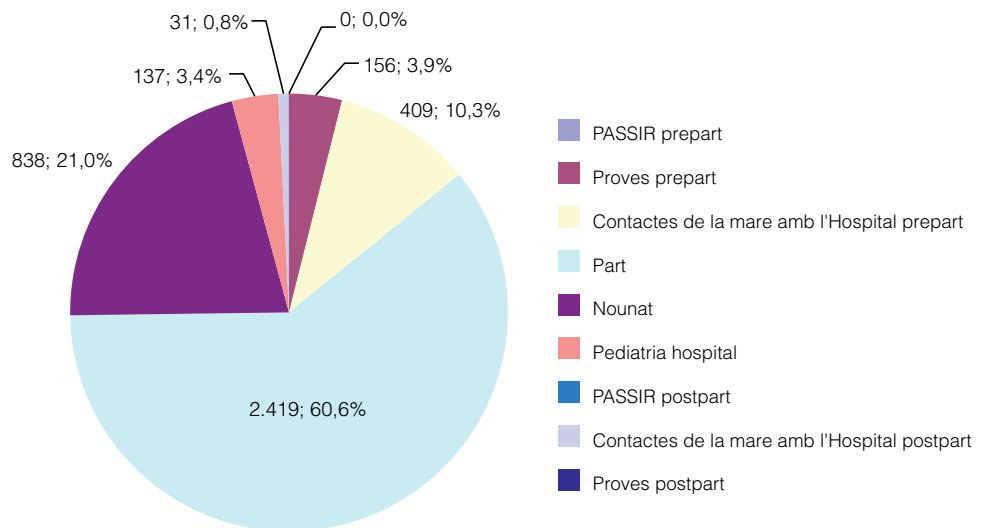
No segueixen PASSIR	Actes assistencials	% d'actes	Actes per part	Cost unitari per part (1.026)	% cost unitari
PASSIR prepart	0	0,00%	0,00	0	0,00%
Proves prepart	668	26,40%	2,76	156	3,90%
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart	1.082	42,77%	4,47	409	10,26%
Part	242	9,57%	1,00	2.419	60,63%
Nounat	247	9,76%	1,02	838	21,00%
Pediatría hospital	217	8,58%	0,90	137	3,43%
PASSIR postpart	0	0,00%	0,00	0	0,00%
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	72	2,85%	0,30	31	0,77%
Proves postpart	2	0,08%	0,01	0	0,01%
Total	2.530	100,00%	10,45	3.990	100,00%

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

Gràfic 15: Actes assistencials



Gràfic 16: Cost unitari



5. Discussió i conclusions

5.1. Limitacions

L'avaluació de costos que es presenta en aquest estudi és fruit del sistema d'informació d'un hospital, de manera que es fa difícil extrapolar els resultats. Ara bé, també és cert que la qualitat dels resultats de l'avaluació dels costos fruit d'un sistema d'informació de costos hospitalaris, és molt superior a un estudi aproximatiu, encara que pretengui ser de tot un territori. L'estructura de costos i les associacions entre els costos a l'hospital i a primària són del tot representatius de la realitat de la pràctica assistencial.

No es disposa dels costos de les derivacions dels nounats que per la seva complexitat són referits a un centre de referència. Tampoc no es comptabilitzen els costos deguts a la infraestructura de l'ICS i del PAMEM (entitat que gestiona les ABS de la Barceloneta i la Vila Olímpica) que permeten que els equips del PASSIR de l'IMAS treballin en cada centre d'atenció primària (CAP) de l'àrea. Es poden fer aproximacions al cost que aquests aspectes representen, però en cap cas tindrien la mateixa validesa que els obtinguts amb els processos analítics que han servit de base a l'estudi.

La infraestructura dels CAP es pot assimilar al 20% del cost d'estructura que el SisCost determina per al conjunt de l'IMAS; si fos així, el cost del PASSIR s'incrementaria en 42 euros per part, la qual cosa és força insignificant atès el cost final valorat. En referència al cost dels nounats derivats, aquest es redueix al cost de cinc casos que el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) associa amb el trasllat a un altre hospital, i tenen com a GRD d'alta grups amb un cost relatiu associat igual que la majoria dels parts analitzats. En definitiva, el cost que es pot estar infravalorant no és rellevant.

5.2. Resum de resultats

Les úniques diferències importants les hem de buscar en el tipus de part. El cost mitjà d'un procés, 4.328 euros, es desvia un 34% a l'alça quan el part es fa mitjançant cesària, mentre que es desvia un 15% a la baixa quan es tracta d'un part vaginal sense complicacions.

Els 4.328 euros de cost total mitjà del procés de néixer es distribueixen de la manera següent: el període d'embaràs representa 791 euros (18,3%), l'episodi del part representa un cost de 2.453 euros (56,7%) i el cost relacionat amb el postpart (l'atenció del nounat a l'Hospital i del nounat i de la mare en el període posterior al part) representa 1.083 euros (25%). En aquest últim apartat, cal destacar el pes de l'atenció del nounat en els dies immediatament posteriors al part, ja sigui amb ingrés hospitalari o derivat de la cura que es té del nounat mentre la mare roman ingressada. En aquest cas, el cost és de 859 euros, xifra que representa el 19,9% del cost total del procés i el 79,3% de la fase de postpart.

Del conjunt dels costos relacionats amb el procés de néixer, cal remarcar que només un 3,90% dels costos són del PASSIR, tot i que a aquesta xifra s'ha d'afegir el 4,94% de proves fetes a l'Hospital però demanades pel PASSIR. En total, un 8,84% del cost total del procés de néixer. Per contra, hi ha fins a un 14,61% dels costos totals que es deriva d'activitat ambulatoria feta per l'Hospital abans i després de l'ingrés pel part i l'atenció hospitalària del nounat. La resta, el 76,55%, és el que representa el cost derivat dels ingressos hospitalaris de la mare i del nounat.

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

5.2.1. Resum dels resultats segons el tipus de part

Actes per part	Cesària	Part instrumentat	Part no instrumentat	Total
PASSIR prepart	6,14	6,02	5,55	5,79
Contactes de la mare amb l'hospital prepart	4,31	3,58	3,24	3,59
Proves prepart	5,00	4,50	3,88	4,29
Part	1,00	1,00	1,00	1,00
Nounat	1,05	1,01	1,02	1,03
Pediatria hospital	0,86	0,87	0,76	0,80
PASSIR postpart	1,54	1,60	1,34	1,44
Contactes de la mare amb l'hospital postpart	0,62	0,49	0,13	0,32
Proves postpart	0,05	0,02	0,01	0,02
Total	20,57	19,09	16,93	18,28

Cost unitari	Cesària	Part instrumentat	Part no instrumentat	Total
PASSIR prepart	146 €	143 €	132 €	138 €
Contactes de la mare amb l'hospital prepart	265 €	207 €	188 €	212 €
Proves prepart	470 €	521 €	403 €	441 €
Part	3.227 €	2.361 €	2.105 €	2.453 €
Nounat	1.357 €	637 €	683 €	859 €
Pediatria hospital	185 €	104 €	127 €	139 €
PASSIR postpart	33 €	34 €	29 €	31 €
Contactes de la mare amb l'hospital postpart	128 €	55 €	15 €	52 €
Proves postpart	4 €	2 €	0,3 €	2 €
Total	5.815 €	4.064 €	3.682 €	4.328 €

Cost unitari	Cesària	Part instrumentat	Part no instrumentat	Total	P-valor
Embaràs	881 €	871 €	723 €	791 €	
Part	3.227 €	2.361 €	2.105 €	2.453 €	
Postpart	1.707 €	833 €	854 €	1.083 €	
Total	5.815 €	4.064 €	3.682 €	4.328 €	0,000

5.2.2. Resum dels resultats segons l'origen de la mare

Actes per part	Autòctona	Estrangera	Total
PASSIR prepart	5,80	5,79	5,79
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart	3,81	3,41	3,59
Proves prepart	4,68	3,96	4,29
Part	1,00	1,00	1,00
Nounat	1,03	1,02	1,03
Pediatría hospital	0,75	0,84	0,80
PASSIR postpart	1,50	1,39	1,44
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	0,34	0,31	0,32
Proves postpart	0,01	0,03	0,02
Total	18,93	17,75	18,28

Cost unitari	Autòctona	Estrangera	Total
PASSIR prepart	137 €	139 €	138 €
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart	237 €	192 €	212 €
Proves prepart	433 €	447 €	441 €
Part	2.474 €	2.436 €	2.453 €
Nounat	826 €	887 €	859 €
Pediatría hospital	127 €	150 €	139 €
PASSIR postpart	32 €	30 €	31 €
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	40 €	63 €	52 €
Proves postpart	1 €	2 €	1,6 €
Total	4.307 €	4.345 €	4.328 €

Cost unitari	Autòctona	Estrangera	Total	P-Valor
Embaràs	807 €	778 €	791 €	
Part	2.474 €	2.436 €	2.453 €	
Postpart	1.025 €	1.131 €	1.083 €	
Total	4.307 €	4.345 €	4.328 €	

El cost de néixer. Estudi del cost per procés a l'Hospital del Mar i la seva àrea d'influència

5.2.3. Resum dels resultats segons el seguiment al PASSIR

Actes per part	Seguiment	Sense Seguiment	Total
PASSIR prepart	7,58	0,00	5,79
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart	3,85	2,76	3,59
Proves prepart	4,23	4,47	4,29
Part	1,00	1,00	1,00
Nounat	1,03	1,02	1,03
Pediatría hospital	0,77	0,90	0,80
PASSIR postpart	1,88	0,00	1,44
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	0,33	0,30	0,32
Proves postpart	0,03	0,01	0,02
Total	20,70	10,45	18,28

Cost unitari	Seguiment	Sense Seguiment	Total
PASSIR prepart	180 €	0 €	138 €
Contactes de la mare amb l'Hospital prepart	230 €	156 €	212 €
Proves prepart	450 €	409 €	441 €
Part	2.464 €	2.419 €	2.453 €
Nounat	866 €	838 €	859 €
Pediatría hospital	140 €	137 €	139 €
PASSIR postpart	40 €	0 €	31 €
Contactes de la mare amb l'Hospital postpart	59 €	31 €	52 €
Proves postpart	2 €	0 €	1,6 €
Total	4.432 €	3.990 €	4.328 €

Cost unitari	Seguiment	Sense Seguiment	Total	P-valor
Embaràs	860 €	565 €	791 €	
Part	2.464 €	2.419 €	2.453 €	
Postpart	1.107 €	1.006 €	1.083 €	
Total	4.432 €	3.990 €	4.328 €	0,012

5.3. Discussió

Les diferències de cost segons el tipus de part queden quasi del tot relacionades amb la llargada de l'estada que s'associa a cada tipus d'episodi, sense haver-hi altres aspectes que hi tinguin massa a veure.

No hi ha relacions entre el tipus de part i l'origen de la mare ni tampoc amb el seguiment que facin les mares del programa PASSIR, tret de l'impacte del seguiment mateix. D'aquesta manera, les relacions que sovint es fan, segons les quals la instrumentació més elevada i fins i tot el percentatge més gran de cesàries és fruit d'un menor seguiment ambulatori de l'embaràs i que a, la vegada, el menor seguiment està relacionat amb la immigració, aquí no es pot contrastar. De les dades analitzades, la immigració té un seguiment del PASSIR igual o superior al de la població nacional i l'efecte d'aquest seguiment sobre les cesàries tampoc no es fa evident en l'estudi.

No hi ha una relació entre el nombre de contactes urgents amb l'Hospital i el fet de seguir o no l'embaràs de manera ambulatoria al PASSIR. Aquest aspecte és un element de sospita sobre si hi ha una tercera via de seguiment (assistència privada) o bé que els beneficis del programa PASSIR s'han de buscar entre dones amb més risc, que són les que fan servir més aquest servei per monitorar més acuradament l'embaràs, mentre que les dones amb un embaràs menys problemàtic no creuen pertinent fer aquest seguiment més intens.

5.4. Recomanacions

Aquest estudi ens aporta dades sobre la diferència de cost entre les diferents tècniques. L'estudi no entra en l'adequació de les tècniques ni del procés seguit per a cada cas. De tota manera, si es fes aquest estudi, la informació de costos unitaris resultant d'aquesta anàlisi seria útil per veure l'impacte econòmic de la no-adequació que s'hi pogués trobar.

L'àrea estudiada té una de les concentracions d'immigració més importants a Catalunya, però de l'estudi es desprèn que la variable "origen de la mare" no té cap transcendència sobre el cost final, ja sigui per la tècnica emprada o bé pel seguiment de l'embaràs; en ambdós casos, sembla que la immigració no només no representa un sobrecost, ans al contrari, en alguns aspectes, representa un millor compliment (seguiment del programa PASSIR). Caldria, en tot cas, poder analitzar si hi ha algun col·lectiu concret que es diferenciï del conjunt de la immigració, però els resultats obtinguts són consistents amb altres que tenen la immigració i la utilització de serveis sanitaris com a objectiu, de manera que en aquest cas la normalitat és la conclusió més rellevant.

Pel que fa al seguiment del programa PASSIR, aquest és en conjunt baix, més encara pel que fa a la població nacional. Pot haver-hi un creuament entre seguiment de l'embaràs a la privada i part a l'hospital públic, i això pot tenir repercussió en els resultats trobats. Caldria, en aquest cas, revisar les causes de la utilització o no del PASSIR i avaluar, en la mesura que sigui possible, els resultats d'aquest Programa.

No obstant això, recomanem fer una anàlisi multivariant que ajusti totes les variables que hi interactuen (immigració, seguiment del PASSIR i edat) per acabar de determinar el pes de cadascuna en la variació de costos.

5.3. Discussió

Les diferències de cost segons el tipus de part queden quasi del tot relacionades amb la llargada de l'estada que s'associa a cada tipus d'episodi, sense haver-hi altres aspectes que hi tinguin massa a veure.

No hi ha relacions entre el tipus de part i l'origen de la mare ni tampoc amb el seguiment que facin les mares del programa PASSIR, tret de l'impacte del seguiment mateix. D'aquesta manera, les relacions que sovint es fan, segons les quals la instrumentació més elevada i fins i tot el percentatge més gran de cesàries és fruit d'un menor seguiment ambulatori de l'embaràs i que a, la vegada, el menor seguiment està relacionat amb la immigració, aquí no es pot contrastar. De les dades analitzades, la immigració té un seguiment del PASSIR igual o superior al de la població nacional i l'efecte d'aquest seguiment sobre les cesàries tampoc no es fa evident en l'estudi.

No hi ha una relació entre el nombre de contactes urgents amb l'Hospital i el fet de seguir o no l'embaràs de manera ambulatoria al PASSIR. Aquest aspecte és un element de sospita sobre si hi ha una tercera via de seguiment (assistència privada) o bé que els beneficis del programa PASSIR s'han de buscar entre dones amb més risc, que són les que fan servir més aquest servei per monitorar més acuradament l'embaràs, mentre que les dones amb un embaràs menys problemàtic no creuen pertinent fer aquest seguiment més intens.

5.4. Recomanacions

Aquest estudi ens aporta dades sobre la diferència de cost entre les diferents tècniques. L'estudi no entra en l'adequació de les tècniques ni del procés seguit per a cada cas. De tota manera, si es fes aquest estudi, la informació de costos unitaris resultant d'aquesta anàlisi seria útil per veure l'impacte econòmic de la no-adequació que s'hi pogués trobar.

L'àrea estudiada té una de les concentracions d'immigració més importants a Catalunya, però de l'estudi es desprèn que la variable "origen de la mare" no té cap transcendència sobre el cost final, ja sigui per la tècnica emprada o bé pel seguiment de l'embaràs; en ambdós casos, sembla que la immigració no només no representa un sobrecost, ans al contrari, en alguns aspectes, representa un millor compliment (seguiment del programa PASSIR). Caldria, en tot cas, poder analitzar si hi ha algun col·lectiu concret que es diferenciï del conjunt de la immigració, però els resultats obtinguts són consistents amb altres que tenen la immigració i la utilització de serveis sanitaris com a objectiu, de manera que en aquest cas la normalitat és la conclusió més rellevant.

Pel que fa al seguiment del programa PASSIR, aquest és en conjunt baix, més encara pel que fa a la població nacional. Pot haver-hi un creuament entre seguiment de l'embaràs a la privada i part a l'hospital públic, i això pot tenir repercussió en els resultats trobats. Caldria, en aquest cas, revisar les causes de la utilització o no del PASSIR i avaluar, en la mesura que sigui possible, els resultats d'aquest Programa.

No obstant això, recomanem fer una anàlisi multivariant que ajusti totes les variables que hi interactuen (immigració, seguiment del PASSIR i edat) per acabar de determinar el pes de cadascuna en la variació de costos.