



Generalitat de Catalunya
**Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya**

**REVISIÓ DE LA DIMENSIÓ
SOCIOECONÒMICA DE LA FÓRMULA
D'ASSIGNACIÓ DE RECURSOS DE
L'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

Novembre de 2016

Continguts de la presentació

- ❑ Definició de l'encàrrec inicial i grups de treball del projecte
- ❑ Antecedents
- ❑ L'indicador socioeconòmic
- ❑ Ampliació de l'abast de l'encàrrec
- ❑ Reflexions finals

Definició de l'encàrrec inicial i grups de treball del projecte

Definició de l'encàrrec inicial

- ❑ **Encàrrec:** revisar la fórmula de distribució del pressupost de l'atenció primària de salut.
- ❑ **Objectiu de l'encàrrec:** reforçar l'equitat territorial en l'assignació dels recursos de l'atenció primària.
- ❑ **Objectiu específic:** construir un índex que reflecteixi les diferències socioeconòmiques entre els territoris (àrees bàsiques de salut).
- ❑ **Criteri:** els recursos de l'atenció primària s'han de distribuir tenint en compte les diferències en les necessitats en salut i la pressió assistencial derivades d'una pitjor situació socioeconòmica.
- ❑ **Requisits de l'índex i de la nova fórmula:**
 - Facilitat d'interpretació.
 - Capacitat explicativa de l'efecte de les diferències socioeconòmiques en les necessitats de salut.
 - Representativitat en l'àmbit d'ABS.
 - Possibilitat d'actualització periòdica.
 - Validesa en ambients urbans i rurals.

Grups de treball implicats en el projecte (1)

Grup d'experts

Suport en la identificació de bibliografia rellevant i en la revisió del document.

Components

- Guillem López-Casasnovas, UPF
- Marisol Rodríguez, UB
- Lluís Bohigas, MPH, MBA, PhD
- Marc Marí, ASPB
- Frederic Udina, Idescat
- Mireia Sans, Directora assistencial Cap Comte Borrell (CAPSBE) i Comitè d'Experts de la Central de Resultats
- François Aguado, ICS
- Carmen Cabezas, Secretaria de Salut Pública
- Esteve Saltó, DG de Planificació en Salut

Grups de treball implicats en el projecte (2)

Grup de treball intern

AQuAS: Suport en la identificació de variables i construcció del model CatSalut i Departament de Salut. Suport en la concreció de l'encàrrec.

Components

- Cristina Colls
- Anna Garcia Altés
- Veva Barba
- Lola Ruiz
- Xavier Serra-Picamal
- Arantxa Catalán
- Joan MV Pons
- Toni Dedeu
- Ivan Planas
- Xavier Salvador
- Carme Casas
- Emili Vela
- Montse Bustins
- Anna Mompart
- Oriol Garcia

Antecedents

Antecedents: fórmula RAWP

- ❑ Preocupació als anys 60 per la distribució desigual dels recursos sanitaris vinculada a diferències en el finançament.
- ❑ Fórmula vigent a l'NHS de 1976 a 1989. Des d'aleshores, s'han anat fent variacions, fins a arribar a una fórmula capítativa que té en compte el cost i les necessitats en salut.
- ❑ La RAWP prenia les taxes d'hospitalització i de mortalitat estandarditzada com a indicador de necessitat de recursos sanitaris a l'àmbit regional.
- ❑ Als anys 90 afegeixen un índex de privació, basat en dades censals.

Under Privileged Area Score	Weighting
Elderly living alone	6.62
In one-parent families	3.01
Children under 5 years old	4.64
Social class v (unskilled workers)	3.74
Unemployed (as % of economically active population)	3.34
In overcrowded households	2.88
Have changed house within the last year	2.68
Ethnic Minority: Born in the New Commonwealth or Pakistan	2.50

Antecedents: índexs de privació (1)

- ❑ **QUÈ ÉS PRIVACIÓ?** **Necessitats no satisfetes** com a conseqüència de manca de recursos, no únicament econòmics.
- ❑ **COM S'ESTIMA?** **Addició dels resultats de diferents indicadors socioeconòmics**, agregats en dimensions o de forma independent, mitjançant pesos que poden ser teòrics (basats en la contribució que es considera que cada indicador té sobre el fenomen de la privació) o el resultat d'un model estadístic.
- ❑ **DE QUÈ ES COMPON?** Ocupació (atur), classe social, educació, condicions d'habitatge, renda, cohesió social, salut, geografia/rural, violència, entorn.
- ❑ **PER QUÈ?** Emprats per les polítiques públiques i socials per **establir una prioritzió** objectiva dels territoris (àrees petites) amb més necessitats de recursos socioeconòmics

Antecedents: índexs de privació (2)

Índex	Avantatges	Inconvenients
Townsend (UK, 1988)	- Fàcil interpretació i càlcul	- Dades censals (poca capacitat d'actualització)
Carstairs-Morris (UK, 1981)	- Correlaciona bé amb les taxes de mortalitat, morbiditat i discapacitat	
Jarman (UK, 1983)	- Fàcil interpretació i càlcul - Creat específicament per a mesurar necessitats d'AP	- El criteri per a l'assignació de pesos és subjectiu - Dades censals (poca capacitat d'actualització)
Index of Multiple Deprivation (UK, 2000)	- Dades de fonts administratives (més capacitat d'actualització)	- Risc de baixa representativitat d'algunes fonts d'informació - Metodologia poc clara, duplicitats, combinació de ponderacions teòriques amb models
MEDEA (ciutats espanyoles, 2007)	- Fàcil interpretació i càlcul - Correlaciona bé taxes de mortalitat - Mesura desigualtat per sexe	- Dades censals (poca capacitat d'actualització) - No funciona en àrees rurals
Lertxundi (RS. Girona, 2005)	- Mesura millor la privació en àmbits rurals que Townsend	- Dades censals (poca capacitat d'actualització) - Només ha estat correlacionat amb mortalitat per alguns càncers.

Antecedents: índexs de privació (3)

L'índex MEDEA

- ❑ Índex de privació construït per l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) amb dades del cens de 2001.
- ❑ Objectiu: identificar les seccions del cens amb situacions socioeconòmiques més desfavorables.
- ❑ Es van escollir 14 indicadors socioeconòmics del cens de 2001 i es va estudiar la seva correlació amb la mortalitat (homes i dones). Amb anàlisi de components principals s'acaben seleccionant 5 indicadors:
 - Treballadors manuals (%)
 - Atur (%)
 - Assalariats eventuais (%)
 - Instrucció insuficient (%)
 - Instrucció insuficient en joves (%)
- ❑ L'ICS va realitzar el càlcul d'aquest índex per ABS, amb l'ajuda de ASPB, i actualment l'utilitza com a factor d'ajust en alguns dels indicadors que avaluen la qualitat dels EAP.

La fórmula actual d'assignació de recursos a l'atenció primària (1)

CVE-DOGC-A-14217092-2014

DISPOSICIONS

DEPARTAMENT DE SALUT

DECRET 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

La Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, estableix la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut, que a Catalunya s'han de prestar amb càrrec al Servei Català de la Salut.

El Servei Català de la Salut fa efectiva la cartera de serveis, amb caràcter general, a través dels centres, serveis i establiments sanitaris integrats al sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), regulat pel Decret 196/2010, de 14 de desembre.

La disposició addicional onzena de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), incorporada per la Llei 11/1995, de 29 de setembre, estableix que el Govern ha de regular, mitjançant un decret, els requisits, l'abast, el procediment i els sistemes de selecció per a l'establiment dels contractes de gestió de serveis sanitaris i socio-sanitaris, en règim de concert, que s'han d'ajustar als principis de publicitat i concurrència, tenint en compte les previsions del Pla de salut de Catalunya i les normes específiques d'ordenació d'aquests serveis.

D'acord amb això, actualment, mitjançant el Decret 66/2010, de 25 de maig, es regula l'establiment dels convenis i contractes de gestió de serveis assistencials en l'àmbit del Servei Català de la Salut, mentre que el Decret 170/2010, de 16 de novembre, regula el sistema de pagament dels convenis i contractes de gestió de serveis assistencials en l'àmbit del Servei Català de la Salut.

Aquest nou Decret regula conjuntament els encàrrecs de gestió dels serveis públics que el Servei Català de la Salut ha d'establir amb els centres i establiments del SISCAT; els sistemes de contraprestació de la gestió d'aquests serveis públics; la cartera complementària de serveis no previstos en la cartera comuna de serveis del Sistema Nacional de Salut, i el sistema d'assignació territorial a regions sanitàries i sectors dels recursos per al finançament d'aquests serveis sobre la base de les necessitats de la població derivades de la seves característiques singulars i de morbiditat i comorbiditat.

Així mateix, s'hi recullen les previsions del Pla de salut de Catalunya 2011-2015, aprovat per l'Acord GOV/13/2012 de 21 de febrer, que estableix que el sistema de contractació s'ha de adaptar a les necessitats de la població d'atenció sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut, amb l'objecte que estigui més enfocats als resultats en salut, així com a una més elevada integració dels serveis i nivells assistencials, i que estimuli l'eficiència del conjunt del sistema.

D'acord amb això, aquest Decret ha de coadjuvar en l'assoliment dels objectius següents: l'assignació equitativa en la distribució dels recursos; l'atenció centrada en les persones i en el territori on resideixen; l'accessibilitat equitativa a la millor resolució; la major resolució i accessibilitat a l'atenció especialitzada familiar i comunitària i de salut pública en l'àmbit de l'atenció primària a Catalunya; la utilització dels serveis en els nivells més adequats; la major eficiència del conjunt del Sistema Nacional de Salut de Catalunya, amb més interacció entre nivells i serveis assistencials, amb visió de xarxa i complementarietat dels models organitzatius i assistencials per garantir una atenció a cada persona integral, integrada i de qualitat, i la transició als professionals, des de les organitzacions, d'incentius per resultats i guanys d'eficiència.

A l'efecte d'assolir aquests objectius, el sistema de contractació i la contraprestació dels serveis a les entitats gestores dels centres del SISCAT ha de prioritzar els resultats clínics i de salut en el nivell més adequat de resolució i amb la millor accessibilitat, d'acord amb les necessitats de la població de cada territori, i ha d'establir indicadors de resultats i mecanismes de incentivació per afavorir les sinergies entre els diferents centres i serveis al servei d'aquests resultats.

Finalment, aquest nou Decret s'ha d'aplicar amb l'objectiu d'assolir els nivells més alts de transparència, en compliment de la Resolució 323/X del Parlament de Catalunya, sobre l'orientació política general del Govern, aprovada en data 27 de setembre de 2013, i tenint en compte les recomanacions del Grup de Treball constituït per complir la Moció 3/X del Parlament de Catalunya, sobre polítiques de Salut.

Vist l'informe de la Junta Consultiva de Contractació Administrativa;

Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut:

“article 26: La contraprestació econòmica de l'atenció especialitzada familiar i comunitària i de salut pública en l'àmbit de l'atenció primària és el resultat del nombre de persones assignades a l'àrea bàsica de salut multiplicat per la càpita mitjana establerta per a l'atenció especialitzada familiar i comunitària i de salut pública en l'àmbit de l'atenció primària a Catalunya, modulada d'acord amb factors de ponderació que tinguin en compte la morbiditat i altres factors, si s'escau, mitjançant procediments d'estratificació o segmentació de la població”

La fórmula actual d'assignació de recursos a l'atenció primària (2)

Prèviament a la revisió del factor socioeconòmic s'ha realitzat una revisió global de la fórmula d'assignació.

Assignació EAP = 95%. **Part fixa** + 5% part variable.



Part fixa = població assignada x càpita mitjana x (80% **factor territorial** + 20% factor morbiditat).



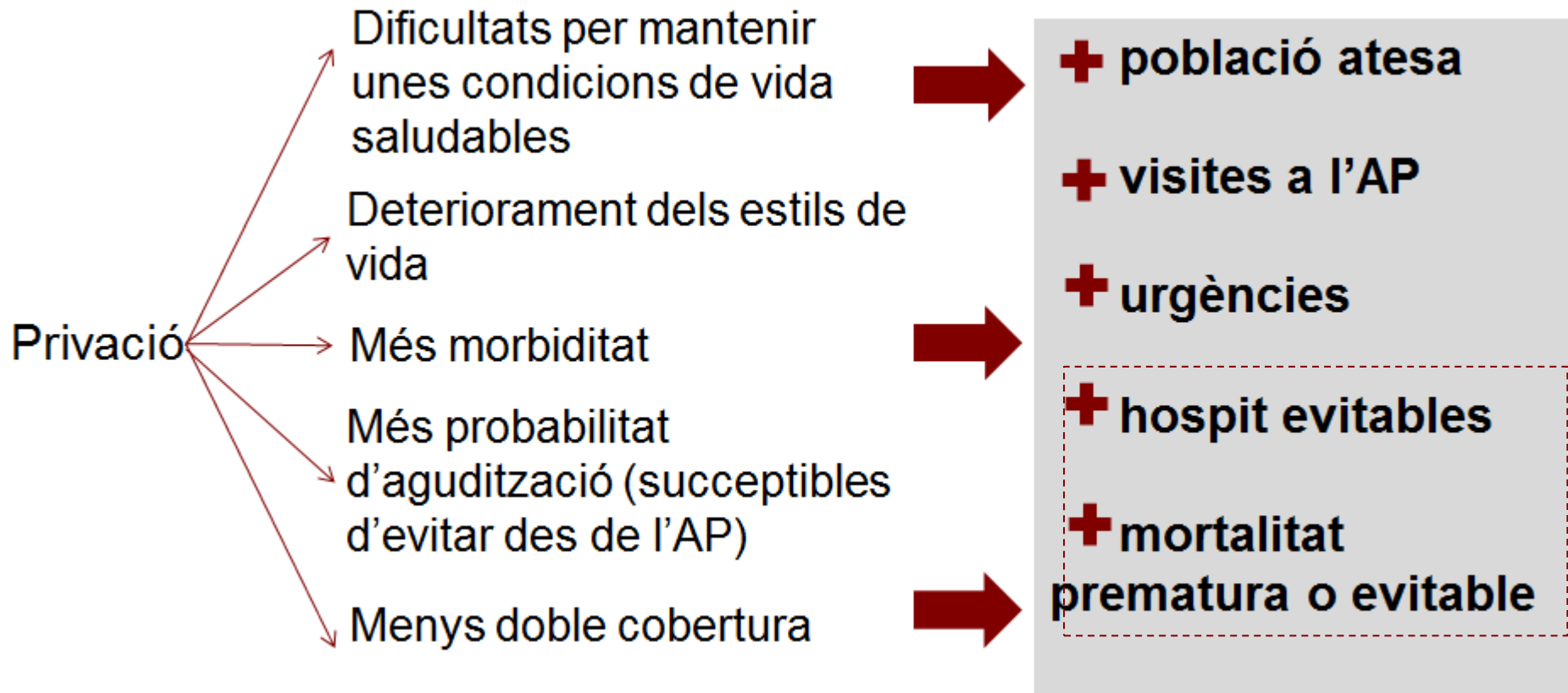
Factor territorial = 54,6% envelliment + 27,6% **socioec.** + 17,8% dispersió.

La fórmula actual d'assignació de recursos a l'atenció primària (3)

- ❑ El model està construït de manera que perpetua la distribució històrica dels recursos. Els coeficients dels factors *envelliment*, *socioeconòmic* i *dispersió* es calculen sobre la base de com han influït aquests tres factors en la distribució històrica de la càpita i no segons el seu efecte sobre les necessitats d'atenció o la pressió assistencial. Cal que la fórmula relacioni aquests factors amb necessitats en salut o amb pressió assistencial per poder calcular bé quin pes s'ha de donar a cada factor.
- ❑ El càlcul dels factors *envelliment* (com la mitjana d'edat de l'ABS) i *socioeconòmic* (calculat únicament a partir de dades de copagament de farmàcia) és poc adequat per recollir bé l'efecte que tenen els factors demogràfics i socials en les necessitats de salut i la pressió assistencial.
- ❑ Al factor *morbidity* se li aplica un 20% de pes sense valorar si persisteix un efecte morbidity un cop es tenen en compte els factors demogràfics i socials.

L'indicador socioeconòmic

Creació d'un indicador socioeconòmic: com afecta la privació als serveis sanitaris?



Més privació suposa una pressió assistencial més gran sobre els serveis d'atenció primària (AP), però també altres situacions en què els serveis d'AP poden tenir un efecte mitigador important (hospitalització evitable i mortalitat prematura).

Creació d'un indicador socioeconòmic: selecció de variables (1)

Criteri: selecció de les variables emprades en índexs de privació i altres variables de salut relacionades amb la presència de desigualtats socials sobre les quals l'atenció primària té un efecte mitigador.

- % de població desocupada (inclou inactiva).
- % de treballadors manuals.
- % de persones amb estudis insuficients.
- Nivell de renda (trams de l'indicador de copagament).
- % de població estrangera procedent de països de renda baixa.
- % de gent gran que viu sola.
- Taxa de mortalitat prematura (<75 anys).
- Taxa d'hospitalització evitable per patologies associades a privació.

Creació d'un indicador socioeconòmic: selecció de variables (2)

Privació

Pressió assistencial

	Exempts	Menys 18.000	Més 100.000	ocupacions manuals	no ocupats	instrucció insuficient	Estudis secundaris
Població assignada atesa	0.3202	0.5985	-0.7157	0.7596	0.0436	0.6079	0.7333
Visites AP	0.281	0.614	-0.5275	0.7106	0.1552	0.4659	0.5778
Complexitat	0.5103	0.4591	-0.5804	0.5791	0.2407	0.6918	0.6708
Urgències (triatge 4 i 5)	0.3536	0.0184	-0.2331	0.0188	0.2139	0.2475	0.2063

	Nacionalitat estrangera	llars unipersonals 65+	Taxa hospitalització evitable	Mortalitat prematura
Població assignada atesa	-0.0648	-0.2013	0.2239	0.2933
Visites AP	0.0243	0.0195	0.1032	0.2663
Complexitat	0.1476	-0.2819	0.5234	0.4944
Urgències (triatge 4 i 5)	0.2016	-0.0515	0.3971	0.1855

S'observa com la situació socioeconòmica té una relació rellevant amb la pressió assistencial, excepte en el cas de la població no ocupada, nacionalitat estrangera i llars unipersonals de persones de 65 anys o més.

Creació d'un indicador socioeconòmic: selecció de variables (3)

- ❑ Les variables d'utilització de serveis d'atenció primària (població assignada atesa i visites AP) es correlacionen més amb variables indicatives de nivell socioeconòmic baix, però no extrem (ocupacions manuals, població <18.000, estudis secundaris incomplets). També es correlacionen negativament amb població >100.000.
- ❑ La complexitat es correlaciona tant amb variables de nivell socioeconòmic baix com amb variables indicatives de situacions socials més extremes, com el % d'exempts, l'hospitalització evitable i la mortalitat prematura.

Creació d'un indicador socioeconòmic: components principals

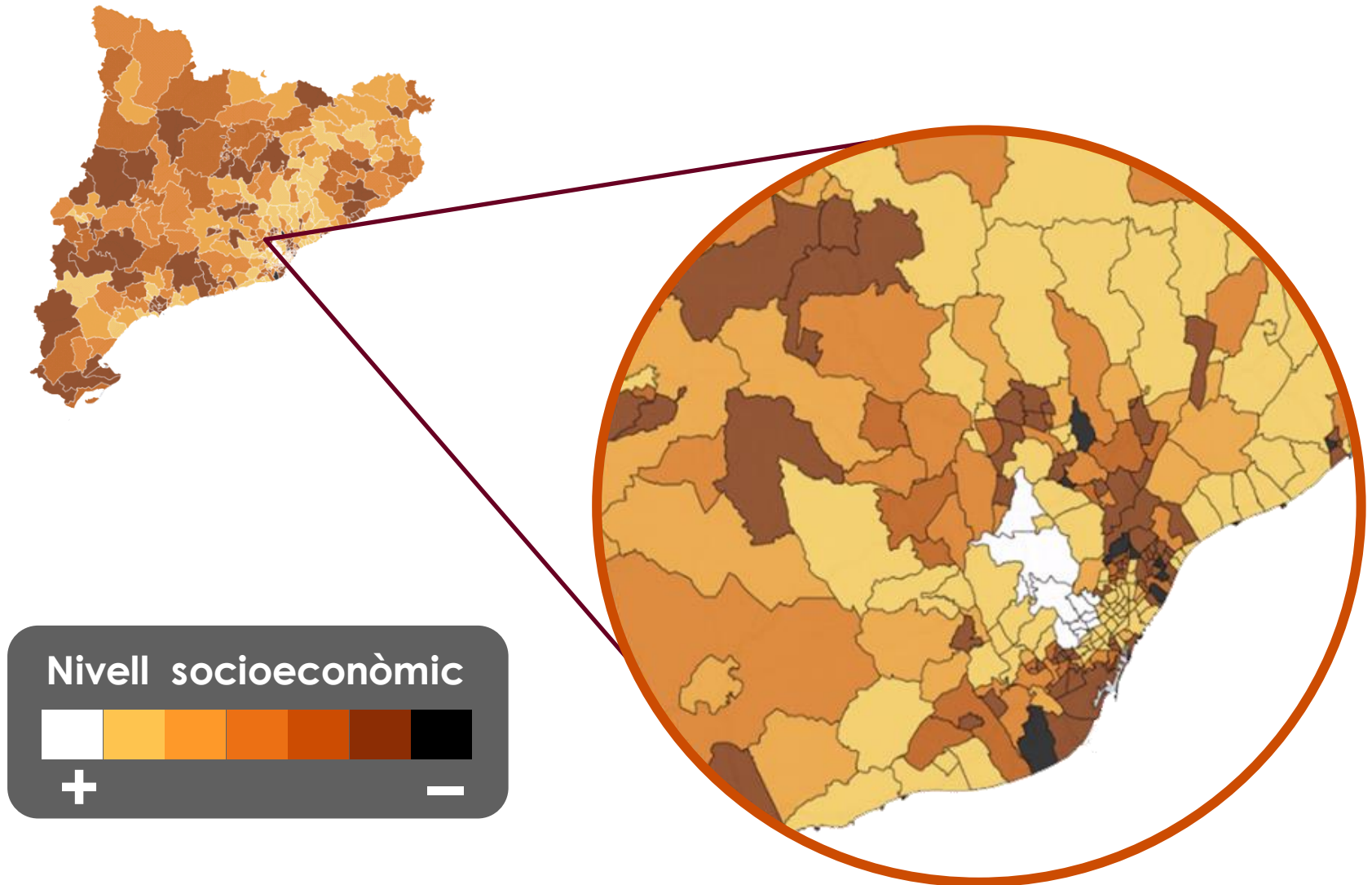
S'han considerat les variables socioeconòmiques que més es relacionen amb la pressió assistencial sobre l'atenció primària de forma directa o indirecta. Els pesos s'han calculat a partir de l'anàlisi de components principals.

Variable	Comp1	Comp2	Comp3	Comp4	Comp5	Comp6	Comp7
Exempts	0.371	0.2512	-0.1674	0.8196	0.2715	-0.0394	-0.1558
Menys 18.000	0.3996	-0.4091	0.109	-0.1244	0.5923	0.0455	0.5411
Més 100.000 (ln)	-0.4363	0.1467	0.0615	0.1997	0.1487	0.8167	0.2352
Ocupacions manuals	0.4101	-0.4107	0.0932	-0.1095	-0.0741	0.5043	-0.6186
Instrucció insuficient	0.4328	0.005	-0.1924	0.0967	-0.6957	0.2068	0.4894
Mortalitat prematura	0.2695	0.4716	0.8344	-0.0748	-0.0484	0.0167	0.0239
Hospitalització evitable	0.2903	0.5974	-0.4631	-0.496	0.248	0.1789	-0.07

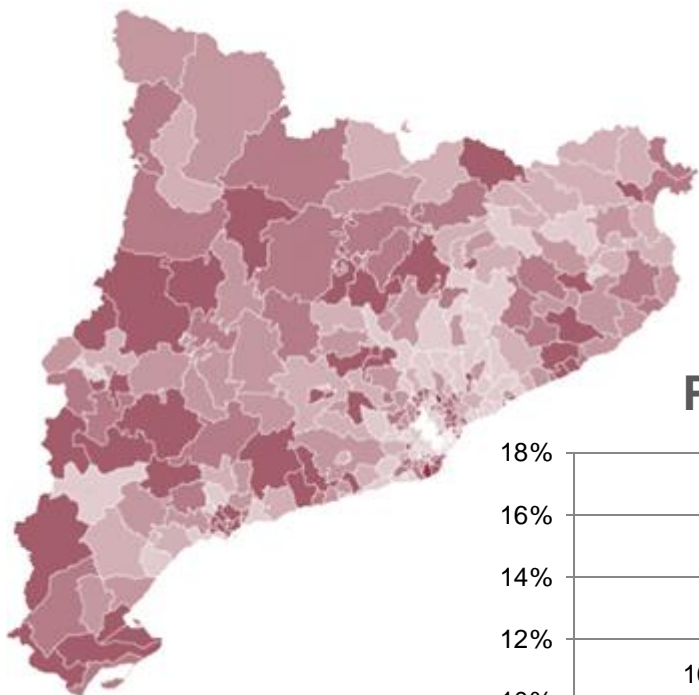
$ISC = 0,37 * \text{exempts} + 0,40 * <18.000 - 0,44 * \text{in}(>100.000) + 0,41 * \text{ocupacions manuals} + 0,43 * \text{instrucció insuficient} + 0,27 * \text{mortalitat prematura} + 0,29 \text{ hosp. evitable}$

L'indicador socioeconòmic compost s'interpreta com un índex de privació: valors més elevats suposen nivells socioeconòmics més baixos.

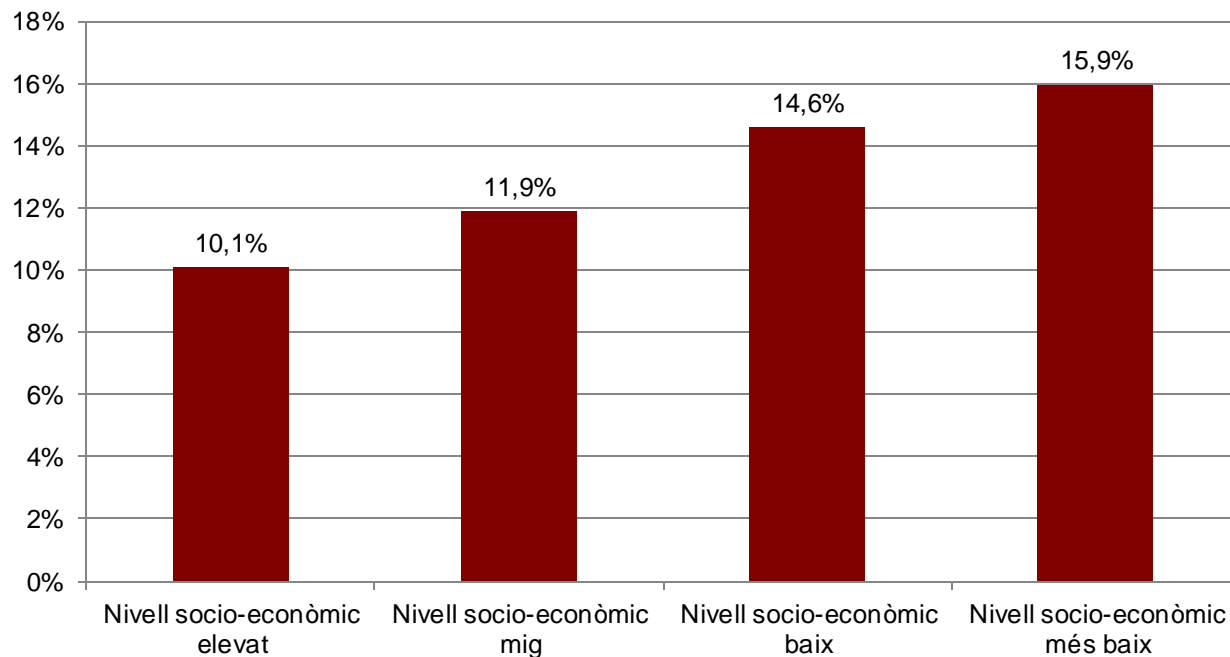
Mapa socioeconòmic de les ABS - detall



Desigualtats socials – desigualtats en salut

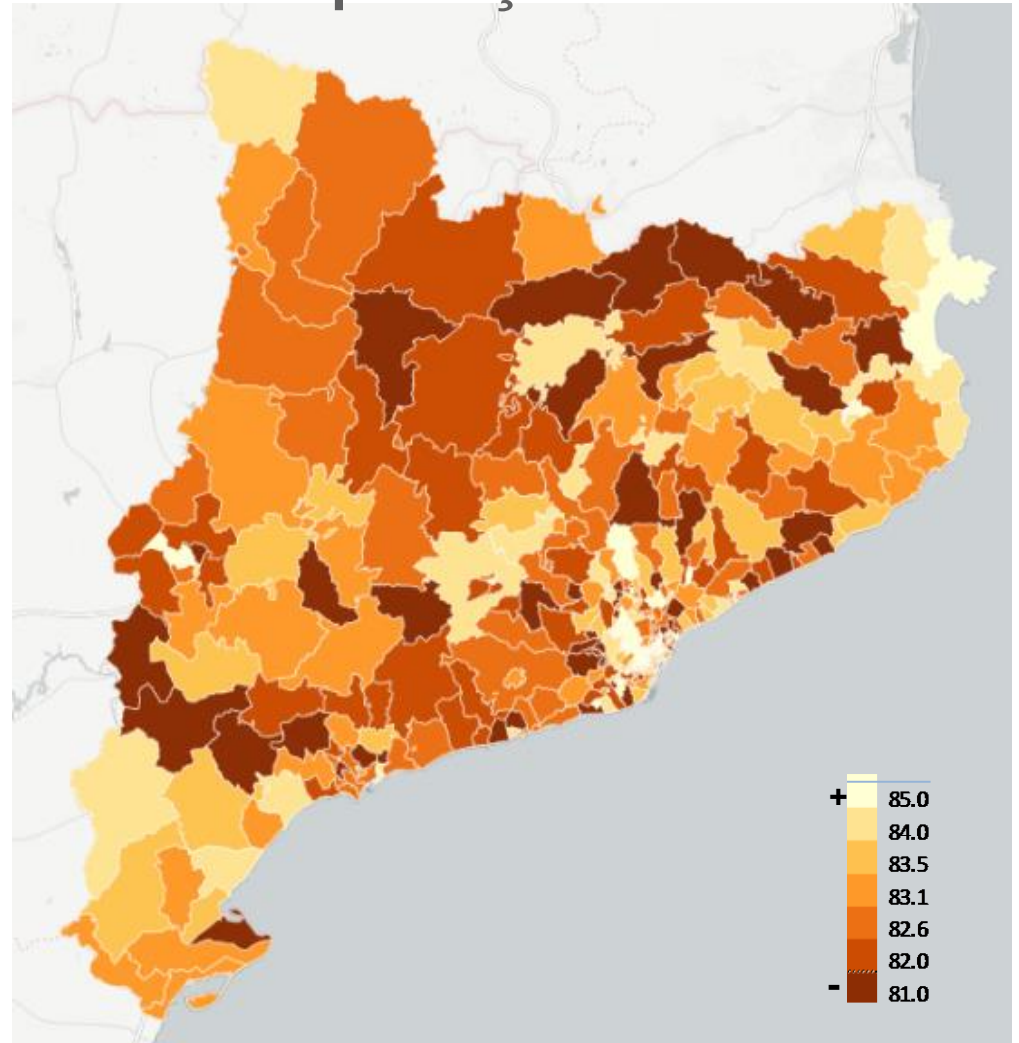
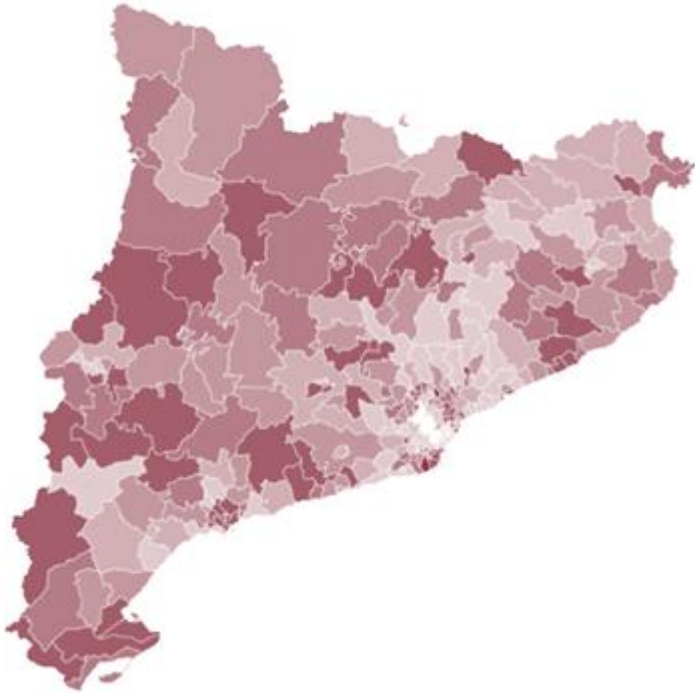


Població amb obesitat infantil i juvenil

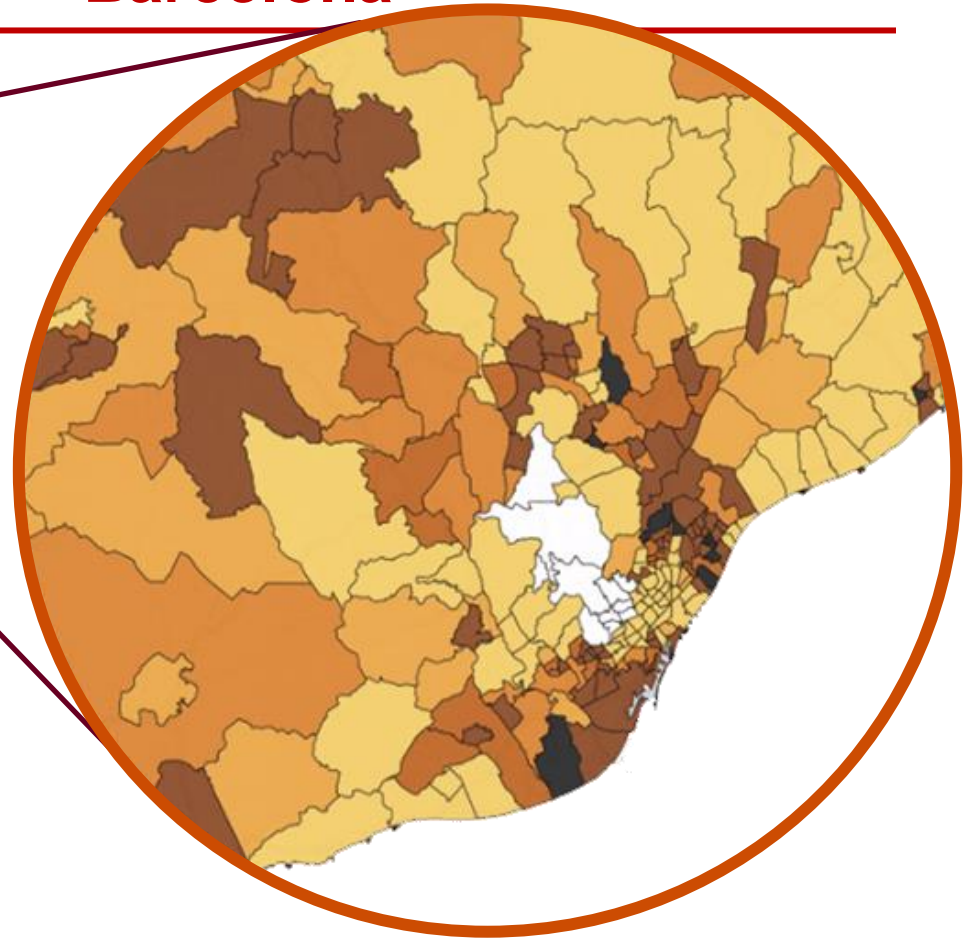
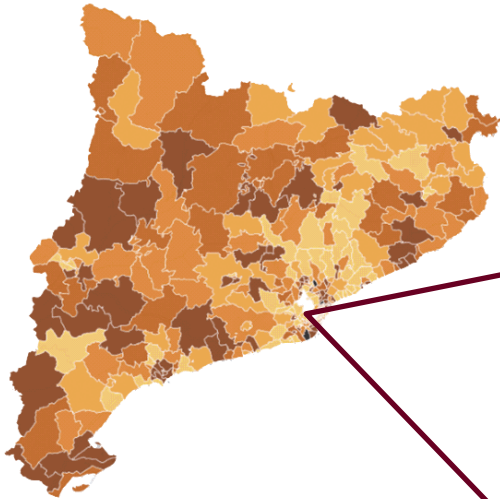


Desigualtats socials – desigualtats en salut

Esperança de vida



Àrees més desafavorides. Barcelona



1. Badalona - Sant Roc
2. Sabadell - Serra
3. Mataró - Ronda Gatassa
4. Sant Adrià de Besòs - La Mina
5. Barcelona - Ciutat Meridiana
6. Badalona - Sant Joan i Llefià
7. Barcelona - Trinitat Vella
8. El Prat de Llobregat - Pujol i Capçada
9. Ciutat Badia
10. Santa Coloma de Gramenet - Santa Rosa
11. Terrassa Est
12. Barcelona - Roquetes
13. Cornellà de Llobregat - Sant Ildefons
14. Mataró - Rocafonda
15. L'Hospitalet de Llobregat - Gornal

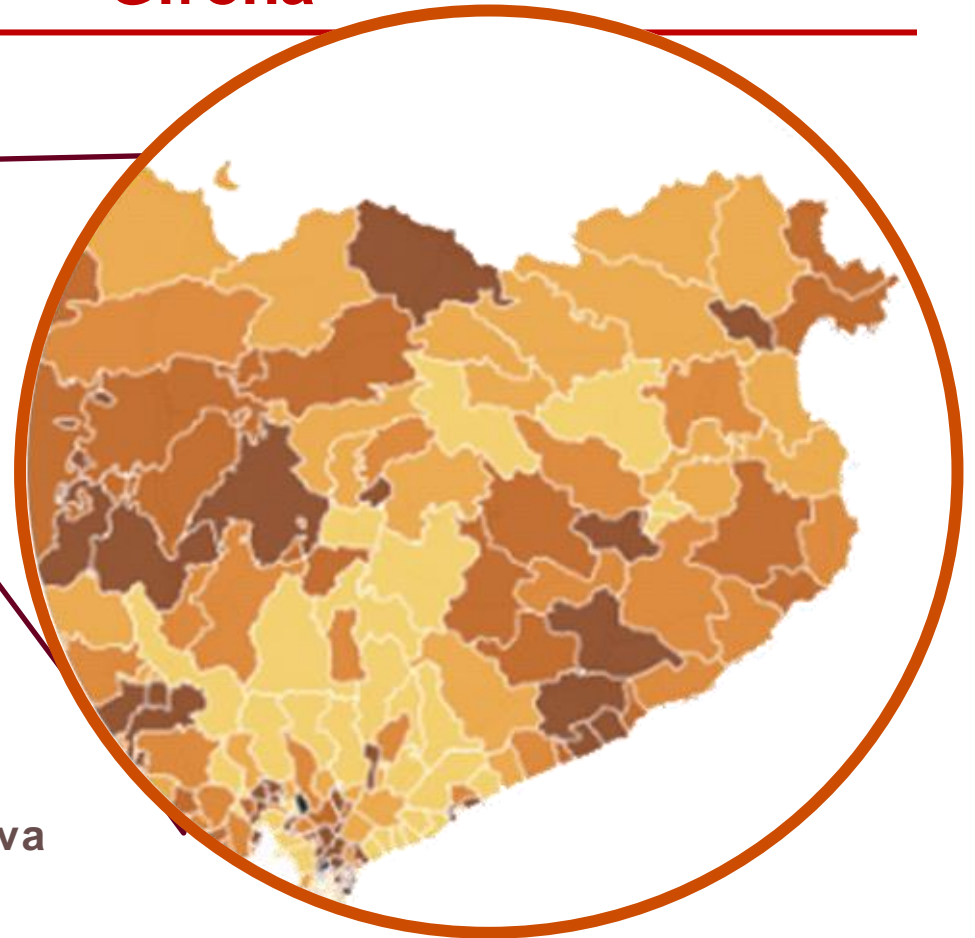
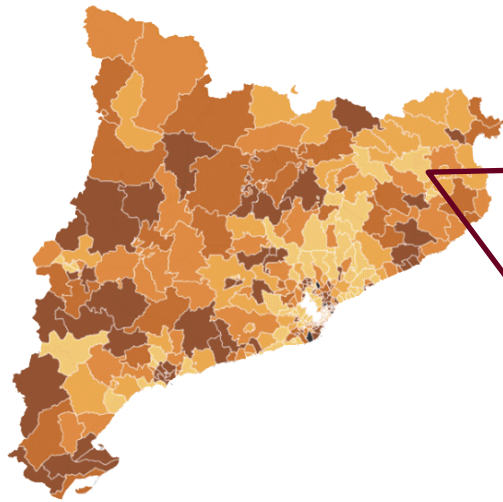
Nivell socioeconòmic



+

-

Àrees més desfavorides. Girona



1. Salt
2. Figueres
3. Sils - Vidreres - Maçanet de la Selva
4. Breda - Hostalric
5. Girona - Can Gibert del Pla

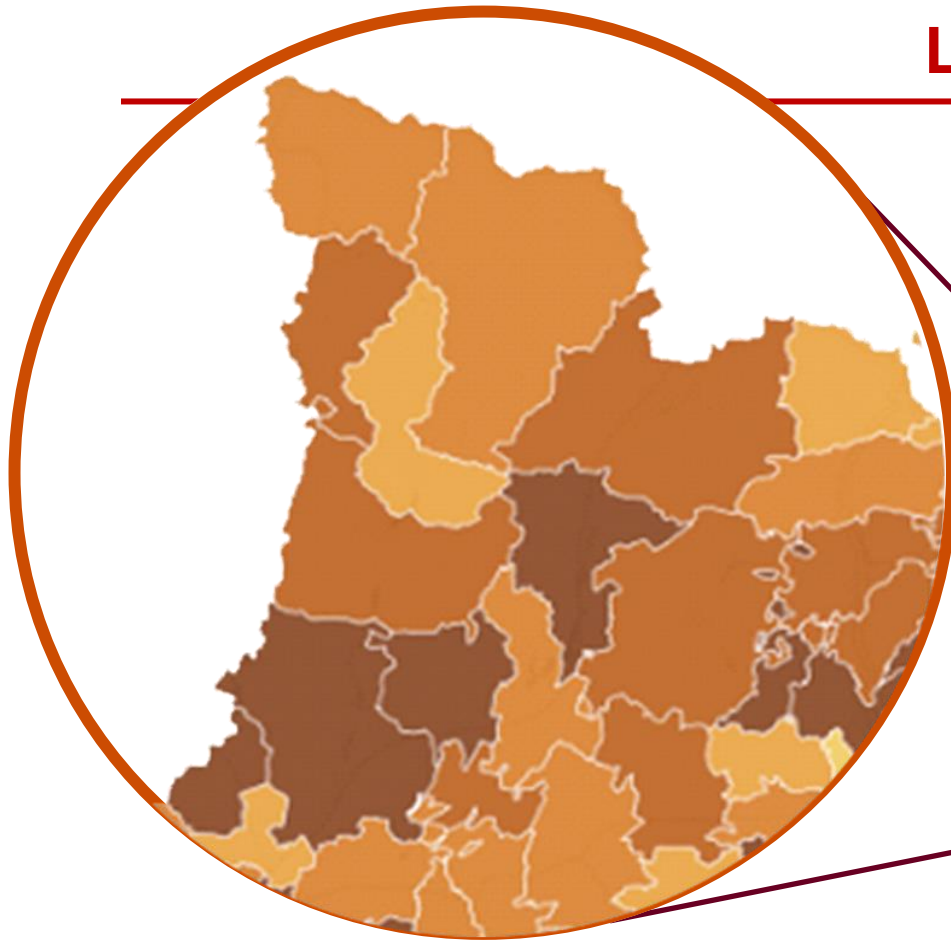
Nivell socioeconòmic



+

-

Àrees més desafavorides. Lleida-Pirineus

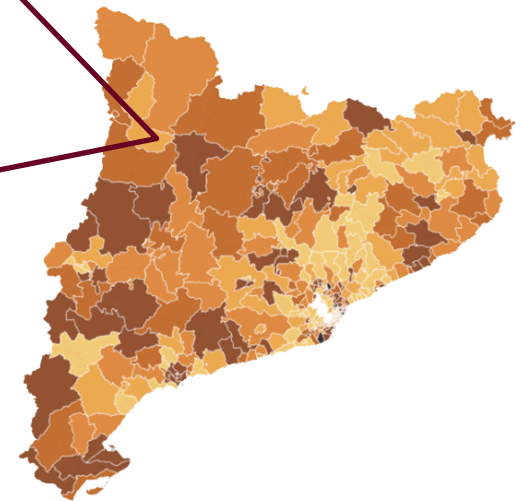


Nivell socioeconòmic



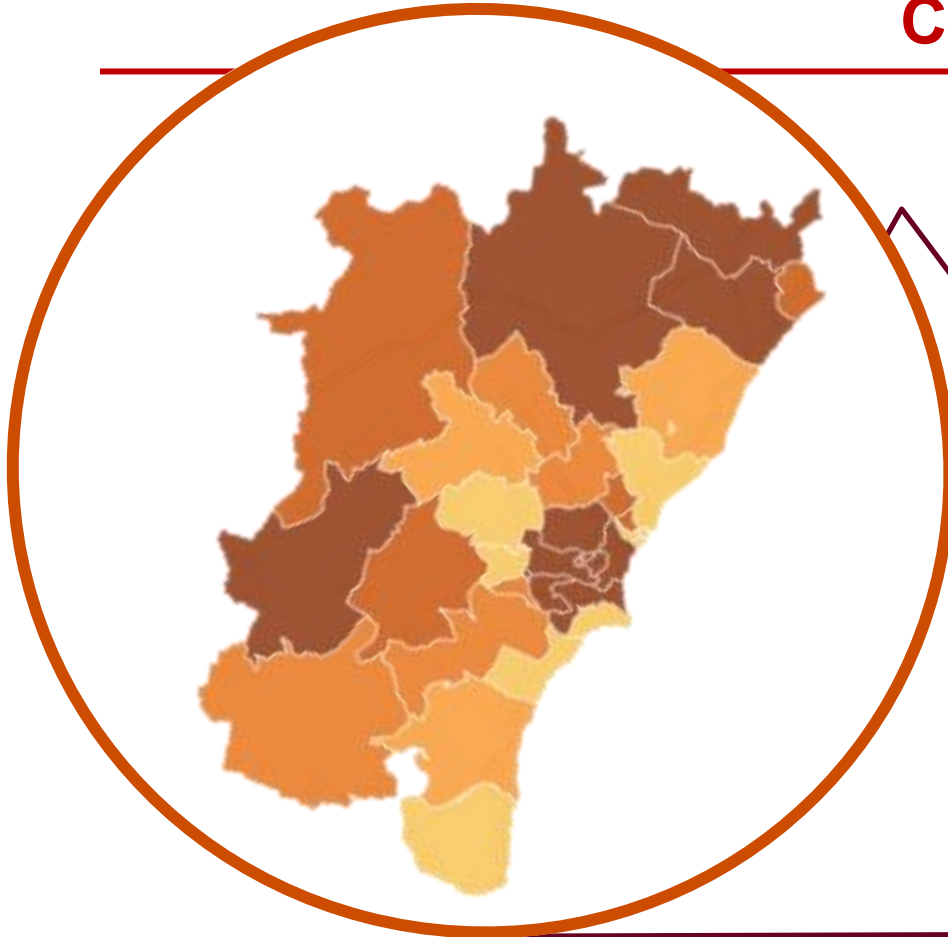
+

-



1. Lleida - Bordeta i Magraners
2. Les Borges Blanques
3. Balaguer
4. Alfarràs - Almenar
5. Alt Urgell Sud

Àrees més desfavorides. Camp de Tarragona

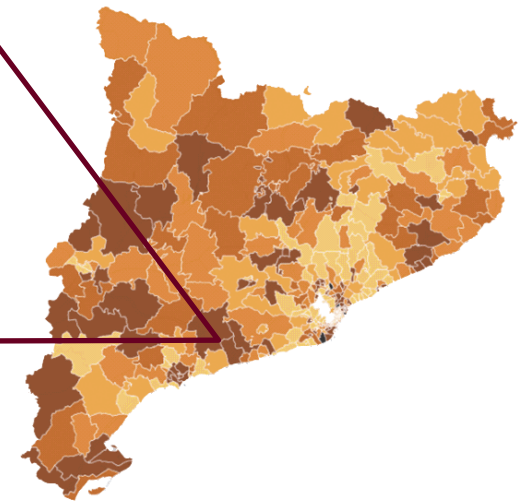


Nivell socioeconòmic



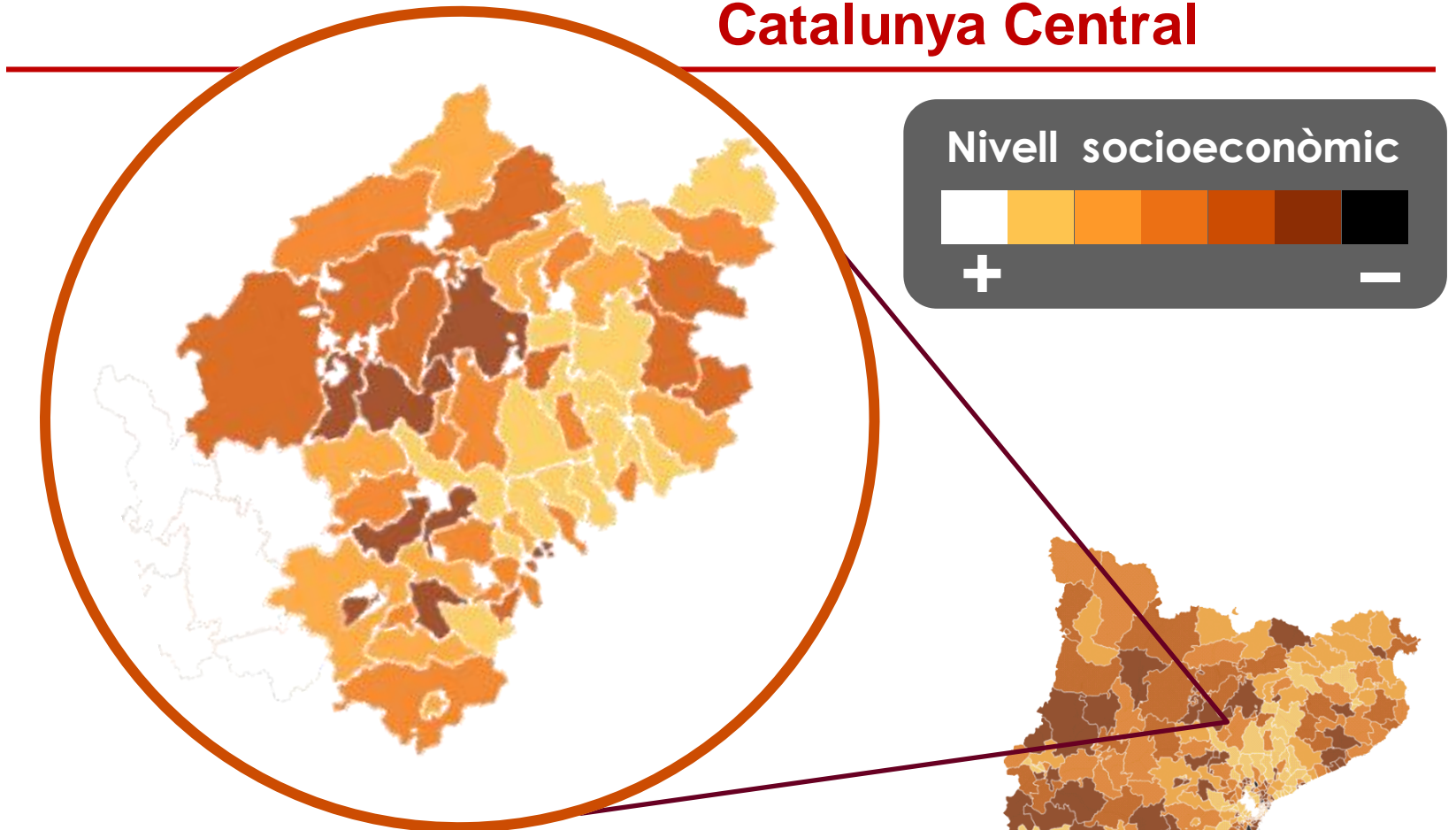
+

-



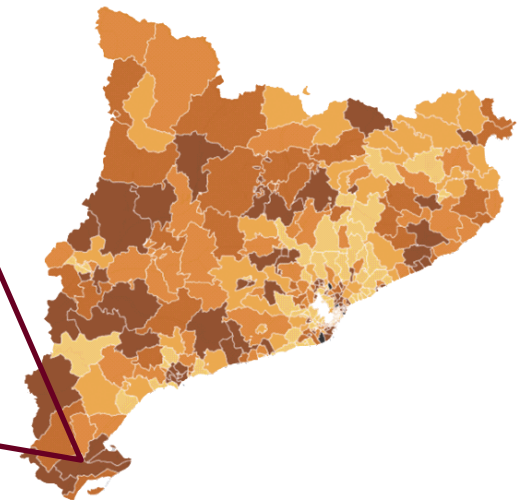
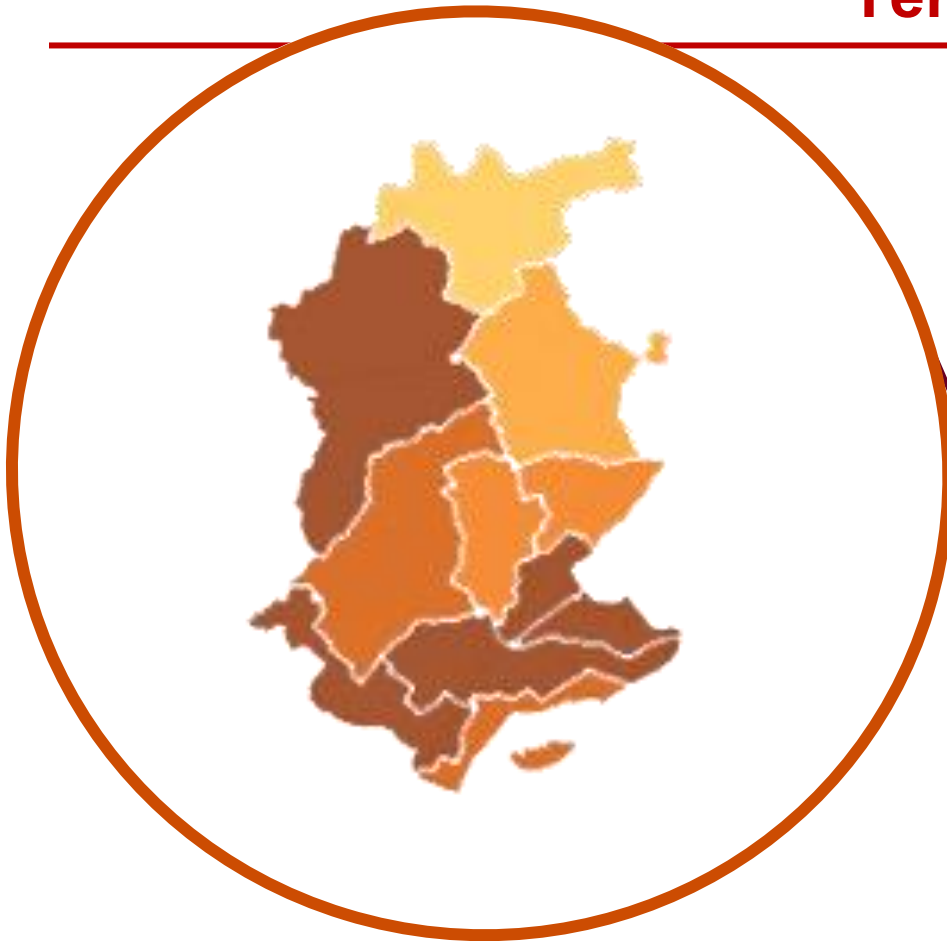
1. Tarragona – La Granja i Torreforta
2. Constantí
3. Tarragona – Bona vista i la Canonja
4. Reus – Horts de Miró
5. Reus – Sant Pere

Àrees més desafavorides. Catalunya Central



1. Santa Margarida de Montbui
2. Vilanova del Camí
3. Manresa - Sagrada Família
4. Manlleu
5. Sant Vicenç de Castellet

Àrees més desfavorides. Terres de l'Ebre



1. Uldecona
2. Terra Alta
3. L'Aldea - Camarles - L'Ampolla
4. Amposta
5. Deltebre

Ampliació de l'abast de l'encàrrec

Ampliació de l'encàrrec

- ❑ **Encàrrec inicial:** reforçar l'equitat territorial en l'assignació dels recursos de l'atenció primària a partir de la inclusió d'un índex que reflecteixi les diferències socioeconòmiques entre els territoris a la fórmula d'assignació.
- ❑ **Proposta d'ampliació de l'encàrrec:** més enllà del component socioeconòmic, millorar l'equitat en la distribució dels recursos de l'atenció primària implica fer una revisió sencera de la fórmula, perquè el seu disseny no permet la relació dels diferents factors amb l'estat de salut de la població i la seva influència sobre els serveis.

Proposta de fórmula d'assignació de recursos de l'atenció primària (1)

- ❑ Substitució del factor territorial per un factor de **pressió assistencial, entès com el producte del percentatge de població assignada atesa per la complexitat.**
- ❑ **La complexitat** té un paper molt rellevant en la fórmula de finançament, però no d'una manera directa. Aquest fet mitiga en gran part les diferències territorials en la codificació i pot evitar la sobrecodificació.
- ❑ **Per a la dispersió** es manté el pes del model original ajustat. L'AQUAS no ha entrat a valorar la definició i contribució de la dispersió a la càpita.

Proposta de fórmula d'assignació de recursos de l'atenció primària (2)

- ❑ L'estructura demogràfica inclou el percentatge de població de menys de 5 anys i un indicador d'**envelliment relatiu**. Es considera *població gran* el percentatge de població al qual resten 10 o menys anys de vida segons l'esperança de vida (EV) de l'ABS. L'envelliment relatiu implica un component social, ja que territoris més pobres tenen una EV més baixa.
- ❑ La fórmula incorpora el nou indicador socioeconòmic.

Proposta de fórmula d'assignació de recursos a l'atenció primària (3)

Assignació EAP = 95% **part fixa** + 5% part variable.

Part fixa = població assignada x càpita mitjana x (95,7% **factor de pressió assistencial** + 4,3% **factor dispersió**).

F. pressió assistencial = 23,2% **constant** + 46,5,% **estructura demogràfica** + 30,4% **indicador socioeconòmic compost**.

ON

factor pressió assistencial = % població assignada atesa x complexitat

Reflexions finals

Reflexions finals

- ❑ La revisió de la fórmula aporta objectivitat i equitat a la tasca d'assignació dels recursos de l'atenció primària.
- ❑ Amb tot, presenta limitacions a l'hora de recollir la necessitat de recursos dels territoris amb situacions socials extremes i població jove, on la privació no es tradueix en més pressió assistencial sobre l'AP sinó en més necessitat de prevenció i de treball comunitari.

aquas.gencat.cat