

informes

10

Octubre del 2010

La Salut com a sector econòmic de Catalunya

Anàlisi de la despesa en Salut i les seves
interrelacions amb la resta de sectors productius
de Catalunya

Miquel Argenter i Giralt

M^a José Alvarez Zaragoza

Francesc Martínez Asensio

Rosa Vidal Álvarez


























Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



CatSalut

Servei Català
de la Salut

Índex

	Presentació		3
1	Estimació i anàlisi de la despesa en serveis sanitaris a Catalunya en el període 2003-2007		4
	1.1. El context econòmic de la despesa sanitària en els països desenvolupats		4
	1.2. La despesa sanitària pública de Catalunya		6
	1.3. La despesa sanitària privada a Catalunya		10
	1.4. La despesa sanitària total a Catalunya		12
	1.5. La despesa sanitària de Catalunya en el context del Sistema de Comptes de Salut de l'OCDE. Homogeneïtzació amb la informació internacional		16
	1.6. La despesa sanitària a Catalunya en el context de l'OCDE i la Unió Europea		21
	1.7. La despesa sanitària pública a les comunitats autònomes de l'Estat		30
	1.8. Algunes conclusions		33
2	La salut i la seva interrelació amb la resta de sectors productius de Catalunya en el període 2001-2007		34
	2.1. Introducció		34
	2.2. El model input-output		35
	2.3. Les taules input-output de Catalunya i el sector sanitari		35
	2.3.1. Les principals macromagnituds de la salut en el període 2001-2007		37
	2.3.2. Les compres del sector sanitari en les TIOC-2001		43
	2.3.3. Els coeficients d'arrossegament		46
	2.3.4. Els multiplicadors		48
	2.4. Efectes directes i indirectes de les activitats sanitàries en les TIOC 2001 i 2005		51
	2.5. Algunes conclusions		58
3	Bibliografia		60
4	Annex de fórmules		62
5	Índex de gràfics i taules		64



Presentació

El concepte de sector de la salut, entès com a sector productiu i mobilitzador del context econòmic i social que l'envolta, no és un àmbit d'anàlisi nou en l'entorn de l'Administració sanitària de Catalunya. Aquest aspecte econòmic de la salut ja es va introduir amb força arran de l'ambient de restricció econòmica que va imposar la Unió Europea (UE) als seus membres mitjançant els acords del Tractat de la Unió Europea (Tractat de Maastricht) l'any 1992. Des de llavors, s'han elaborat diversos informes i estudis, en els quals hem col·laborat, que proposen un vessant de l'anàlisi del sector de la salut dirigit essencialment a prendre consciència de la important quantitat de recursos econòmics, físics i personals que comporta el sector de la salut, a analitzar com s'interrelaciona amb la resta de branques productives de l'economia i, en definitiva, a considerar els efectes sobre l'economia del país que pot comportar la restricció pressupostària d'aquest sector.

L'estudi que presentem aporta informació no recollida en altres treballs similars sobre el sector. Com es pot apreciar en la bibliografia publicada, gran part de les incursions en el vessant productiu de la salut no s'han fet d'una manera prou exhaustiva, tal com requereix el sector. En general, fins al moment i per qüestions històriques, sovint la informació de base publicada sobre els aspectes econòmics i productius de la salut que difonen els organismes estadístics no solen mostrar la informació de la salut aïllada d'altres camps com ara els serveis socials i els serveis veterinaris. Això implica un esforç d'anàlisi important per tal d'aïllar la informació sanitària de la resta dels sectors, la qual cosa no s'ha fet pràcticament en cap dels estudis publicats fins a la data. El referent més proper sobre el valor que pot representar el total de la despesa sanitària a Catalunya, el trobem en l'estudi *La despesa sanitària a Catalunya 1988-1996. Anàlisi del finançament i les formes de provisió dels serveis sanitaris*, elaborat conjuntament per la Universitat Pompeu Fabra i el CatSalut i publicat l'any 2001 pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Pel que fa a l'anàlisi del valor afegit del sector de la salut, cal esmentar l'*Estudi del valor afegit de la sanitat i la seva relació amb altres branques d'activitat a Catalunya*, elaborat pels professors de la Universitat Autònoma de Barcelona Joan Clavera i Anna Matas i publicat pel Departament de Salut l'any 1993 i també els estudis de Caixa Catalunya (2007) i de la Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona (2009).

La dificultat de disposar d'informació estadística del sector de la salut aïllada d'altres sectors introdueix un biaix en les conclusions que es puguin extreure dels estudis publicats i ha estat el punt de partida d'aquest informe. Té la finalitat de donar una imatge al més fidel possible del sector de la salut a Catalunya, no tan sols per haver deixat destriats els aspectes no vinculats a la salut de gran part de la informació de base coneguda i emprada habitualment, sinó també per la utilització de criteris racionals, més enllà dels existents formalment, que intenten donar una visió realista del sector sanitari a Catalunya, malgrat que de vegades això hagi comportat contradir criteris establerts per la tradició estadística.

Volem agrair a l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) l'esforç realitzat per tal de proporcionar-nos de manera personalitzada les eines necessàries per a l'anàlisi del sector, sense les quals hauria estat impossible la realització de bona part d'aquest document.

Miquel Argenter i Giralt
Director de l'Àrea de Recursos
Servei Català de la Salut





1. Estimació i anàlisi de la despesa en serveis sanitaris a Catalunya en el període 2003-2007

1.1. El context econòmic de la despesa sanitària en els països desenvolupats

En termes generals, la provisió dels serveis sanitaris a Catalunya té una imatge de bona qualitat, amb un accés territorial adequat i una estabilitat relativa en el funcionament dels serveis, però que, paradoxalment, cohabita amb la realitat d'una sanitat catalana amb insuficiència financera permanent, especialment a conseqüència del model de finançament autonòmic. És prioritari, doncs, esbrinar en quina situació es troba la sanitat catalana pel que fa al seu nivell de despesa, comparant-la amb la despesa d'altres societats amb un nivell similar de desenvolupament.

No tothom considera la comparació de la despesa en salut sobre la producció efectiva entre països com un indicador del nivell adequat que caldria assolir. És evident que mesurar aquest nivell amb indicadors d'efectivitat o productivitat o en valors per càpita considerant factors demogràfics, socials, o ambdós alhora, resulta aparentment més adequat. En qualsevol cas, però, es demostra que resulta un indicador molt significatiu entre els països desenvolupats per mesurar el volum econòmic que hi destinen amb relació a les seves possibilitats, com moltes publicacions economicosanitàries d'arreu del món posen de manifest.

En tot cas, els resultats observats emprant una o altra forma de mesura de la despesa sanitària ens indiquen la baixa proporció de recursos d'Espanya i dels països mediterranis amb relació als països del centre i del nord d'Europa. Sense anar més lluny, l'Oficina Econòmica del President del Govern d'Espanya va estimar un "patró europeu de despesa social" (*Informe econòmic del president del Govern 2008*) per a les principals categories de despesa social en les divuit economies més riques d'Europa. Segons les dades de despesa sanitària, la despesa de França i Alemanya supera aquest patró, mentre que la despesa d'Itàlia i Espanya queda per sota.

Els resultats van confirmar també que, en el conjunt d'economies europees, el nivell de renda per càpita incideix positivament i significativament sobre totes les funcions de despesa social, en especial sobre les pensions per vellesa i supervivència i les prestacions sanitàries.

Les economies mediterrànies (Espanya, Grècia, Itàlia i Portugal) i Irlanda es van situar per sota del patró esperat de despesa que els correspondria segons el seu desenvolupament, tenint en compte característiques comunes i homogènies a tots els països europeus. En concret, entre 1990 i 2005, la despesa efectiva mitjana per a aquest conjunt de països va representar entorn del 85% del valor teòric que els correspondria segons el desenvolupament socioeconòmic respectiu. És a dir, aquestes economies han estat fent un esforç inferior a la mitjana europea, un cop s'ha ajustat per les





diferències estructurals. En sentit contrari, les economies nòrdiques (Dinamarca, Finlàndia, Islàndia, Noruega i Suècia) no només reflecteixen un nivell de patró de despesa més elevat, sinó que la despesa efectivament realitzada és superior al seu patró en tot el període (entorn del 14 % superior). La resta d'economies es van situar pròximes al seu patró esperat de despesa.

La realitat és que el context de restricció econòmica a què ens referíem anteriorment s'ha anat perpetuant en el temps, des del traspàs dels serveis sanitaris a Catalunya fins a l'actualitat. La millora dels serveis sanitaris ha estat notable en aquest darrer quart de segle, tant pel procés d'universalització dels serveis com per l'evolució tecnològica i organitzativa. El grau de desenvolupament del sistema sanitari a Catalunya ha seguit aquest procés en un entorn de finançament que ha provocat dificultats financeres en el sistema. La raó és que Catalunya ha rebut històricament un finançament públic sanitari que es correspon, d'una manera bastant estreta, amb la seva població relativa, per la qual cosa ha obtingut aproximadament el mateix nivell de recursos per càpita que la resta de comunitats autònomes de règim comú, i es correspon, per tant, molt poc amb el seu nivell de desenvolupament socioeconòmic que, com hem indicat, s'ha mostrat com un clar predictor del nivell de despesa sanitària en els països del nostre entorn.

L'interès per l'estudi del volum ponderat i l'estructura de la despesa sanitària, tant pública com privada, ha esdevingut una preocupació en les darreres dècades, en què els diferents estats no han parat d'invertir-hi esforços. Aquestes iniciatives però, no s'han fet únicament a escala nacional, sinó que, els darrers anys, organismes supranacionals com l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el Banc Mundial o l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) han treballat conjuntament i han aconseguit integrar les dades de salut en una estadística única.

Tot i aquests esforços, a la pràctica, el diferent nivell de desenvolupament dels sistemes d'informació entre països i sistemes sanitaris, que ha comportat la manca de dades en alguns àmbits, implica la necessitat de fer supòsits i estimacions per tal d'obtenir una xifra de despesa sanitària total, sobretot pel que fa a l'àmbit regional. A més, a l'hora de fer comparacions de despesa a escala supranacional, cal tenir en compte el fet que l'heterogeneïtat entre els diferents sistemes de classificació i comptabilització emprats entre les regions genera magnituds no homogènies i, per tant, dificulta aquesta tasca.

En la nostra anàlisi de la despesa sanitària, i tal com s'explicarà posteriorment, les dues fonts de dades principals que emprarem són les dades recollides per l'OCDE, dins el context internacional, i l'*Estadística del gasto sanitario público* (EGSP) del Sistema Nacional de Salut (SNS), per al cas espanyol. Ambdues fonts pretenen superar aquests problemes d'heterogeneïtat i oferir, per tant, dades comparables.

En primer lloc, hem fet l'estimació del volum que suposa la despesa en salut a Catalunya, com a suma de l'estimació de la despesa sanitària pública i la despesa sanitària privada. Per qüestions de disponibilitat de les dades, hem analitzat el període comprès entre els anys 2003 i 2007.

En segon lloc, analitzem la despesa en salut de Catalunya en el context de l'OCDE i de la Unió Europea dels quinze per a l'any 2007 (darrer any amb dades internacionals disponibles) prenent com a referència comparativa la informació facilitada per l'OCDE. Com es veurà, per efectuar aquest contrast internacional, el nostre punt de partida ha estat la despesa calculada per a Catalunya segons s'indica en el paràgraf anterior però afegint-hi alguns supòsits per tal de fer-la homogènia amb la metodologia internacional de l'OCDE per al conjunt de països membres.

En tercer lloc, emprarem les dades de l'EGSP elaborades per les comunitats autònomes i recollides pel Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat per tal de comparar la despesa sanitària pública responsabilitat de la Generalitat de Catalunya de l'any 2007 amb la de la resta de comunitats autònomes. Ens centrem únicament en una part de la despesa sanitària pública —en qualsevol cas, la part més important—, perquè no disposem d'informació territorialitzada per comunitats autònomes de la resta de la despesa sanitària pública. Cal dir que tampoc no es disposa de dades per a la despesa sanitària privada per a totes les comunitats autònomes amb el detall requerit per poder comparar nivells de despesa sanitària total a escala interregional.





1.2. La despesa sanitària pública de Catalunya

No hi ha publicacions recents sobre el valor total de la despesa sanitària pública a Catalunya. Com hem dit, el referent més proper el trobem en les dades de l'estudi *La despesa sanitària a Catalunya 1988-1996. Anàlisi del finançament i les formes de provisió dels serveis sanitaris*, elaborat conjuntament per la Universitat Pompeu Fabra i el CatSalut i publicat l'any 2001.

Per actualitzar dades cal recollir les diferents fonts de despesa sanitària pública contrastada existent i estimar la resta de la despesa a partir de paràmetres raonables. Per això hem pres com a referència la desagregació d'organismes de provisió sanitària de l'estudi conjunt abans esmentat. Hem separat la informació en dos grans blocs, segons si disposem d'aquesta informació o bé si ha calgut fer alguna estimació per aproximar-la.

Així doncs, d'una banda, hem partit dels valors coneguts de despesa. És a dir, de la despesa sanitària pública responsabilitat de la Generalitat de Catalunya i de la despesa en salut de les corporacions locals de Catalunya (ajuntaments, diputacions i consells comarcals). D'altra banda, ha calgut estimar la resta de la despesa sanitària pública efectuada a Catalunya, que comprèn bàsicament la despesa en salut de les mutualitats públiques (Muface, Mugeju i Isfas), les mútues patronals d'accidents de treball i malalties professionals, l'Institut Social de la Marina (ISM) i una part de despesa sanitària finançada per l'Administració de l'Estat.

Disposem, per tant, de les dades que elaborem des de l'Administració autonòmica i que són conegudes cada any. Aquesta informació sorgeix a partir del tancament del pressupost dels diferents organismes que gestionen la sanitat: el Departament de Salut i els organismes autònoms que en depenen [l'Institut d'Estudis de la Salut (IES), l'Agència Catalana de Seguretat Alimentària (ACSA) i l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM)], el Servei Català de la Salut (CatSalut) i l'Institut Català de la Salut (ICS) i dels comptes anuals de les empreses públiques¹ i els consorcis sanitaris² del Catsalut. Recollim, tractem i consolidem el conjunt d'aquesta informació cada any des del CatSalut i la lliurem al Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, tal com fan la resta de comunitats autònomes, per tal d'elaborar, com hem apuntat abans, els comptes d'àmbit estatal de l'EGSP, també anomenats *comptes satèl·lit de la sanitat*.

Cal esmentar que, a mesura que s'han inclòs noves entitats sanitàries dins el sector públic de la Generalitat de Catalunya segons els criteris del Sistema Europeu de Comptes Nacionals i Regionals 1995 (SEC-95)³, s'han inclòs igualment dins els agents de despesa que conformen els comptes satèl·lit de la sanitat.

A partir de la informació corresponent a l'any 2003 i fins al darrer any disponible, l'exercici del 2007, seguint les directrius del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, en el càlcul de l'EGSP apliquem el criteri de la despesa efectiva o despesa real (principi de meritació), de manera que s'ha periodificat la despesa d'acord amb la seva meritació, independentment de la seva imputació al pressupost.

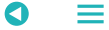
Les dades agregades de l'EGSP que elaboren les comunitats autònomes i les altres dades de sanitat pública a escala estatal que recull el Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat conformen gairebé la totalitat de les xifres de despesa sanitària pública que proporciona Espanya a l'OCDE. Com es veurà més endavant, per fer del tot comparable aquesta informació amb les dades de despesa dels països de l'OCDE o la Unió Europea dels quinze cal fer alguns ajustaments, sobretot pel que fa als serveis de

1 Les **empreses públiques del Catsalut** que formen part dels comptes satèl·lit de la sanitat catalana en el 2007 són: Institut de Diagnòstic per la Imatge; Gestió de Serveis Sanitaris; Gestió i Prestació de Serveis de Salut; Institut d'Assistència Sanitària; Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, SA; Sistema d'Emergències Mèdiques, SA; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Institut Català d'Oncologia; Banc de Sang i Teixits, i Parc Sanitari Pere Virgili.

2 Els **consorcis sanitaris (CS) del Catsalut** que formen part dels comptes satèl·lit de la sanitat catalana en el 2007 són: Consorci Hospitalari de Vic; Corporació Sanitària Parc Taulí; CS Barcelona; CS Terrassa; CS Integral; CS Alt Penedès; CS Maresme; CS Anoia; Consorci Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf; CS Mollet del Vallès; Corporació Sanitària del Maresme i la Selva, i Udiat, Centre Diagnòstic, SA.

3 Reglament (CE) núm. 2223/1996 del Consell, del 25 de juny.





l'atenció de llarga durada i al tractament de les despeses en recerca i formació. Aquest criteri ha estat consensuat per tots els organismes internacionals i, per tant, és un requisit imprescindible a l'hora de poder fer qualsevol comparació homogènia de despesa a escala internacional.

D'altra banda, a més de la informació de l'EGSP, que representa el gruix de la despesa sanitària pública a Catalunya, disposem de la xifra de la despesa sanitària de les corporacions locals (ajuntaments, diputacions i consells comarcals) que facilita anualment la Direcció General d'Administració Local del Departament de Governació i Administracions Públiques. Aquesta despesa correspon a les liquidacions pressupostàries de les entitats locals del grup 4.1, sanitat, segons la classificació funcional del pressupost de despeses.

Com hem dit anteriorment, hem estimat la despesa sanitària que representen a Catalunya les mutualitats públiques dels funcionaris de l'Estat (Muface, Mugeju i Isfas), les mútues patronals d'accidents de treball i malalties professionals i l'Institut Social de la Marina (ISM). A partir de la despesa total per al conjunt d'Espanya de cada una de les mutualitats facilitada per l'*Estadística del gasto sanitario público*, estimem la despesa per a Catalunya emprant el pes que els assegurats catalans d'aquestes mutualitats públiques representen sobre el total d'assegurats de l'Estat segons les dades de les memòries anuals respectives. La manca d'informació de despesa territorialitzada per comunitats autònomes de tots aquests organismes ens obliga a fer el supòsit que la despesa es distribueix uniformement entre els seus assegurats i, per tant, entre totes les regions d'Espanya, ja que el nombre d'afiliats per comunitat és l'única variable de la qual disposem a l'hora de territorialitzar. Posteriorment, amb la finalitat que aquesta estimació sigui més acurada, hem aplicat una correcció sobre la base del diferencial de preus existent entre Catalunya i Espanya facilitat per l'Institut d'Estadística de Catalunya a la despesa sanitària d'aquests organismes, excepte en el capítol corresponent a la despesa farmacèutica, ja que els preus estan fixats per llei i són comuns a tot el territori de l'Estat.

Finalment, hem d'afegir la despesa efectuada per l'Administració de l'Estat a Catalunya en el període d'estudi. D'una banda, aquesta despesa se centra bàsicament en les aportacions directes per mitjà dels pressupostos generals de l'Estat per a cada any d'anàlisi dels ministeris de Sanitat, Política Social i Igualtat i d'Educació a l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. D'altra banda, hi ha una sèrie de despeses en salut centralitzades que no tenen territorialització directa. Aquest és el cas de determinades despeses en salut del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat (sanitat exterior i programes centralitzats), el Ministeri de Defensa i el Ministeri de Política Territorial i Administració Pública. Aquestes despeses centralitzades, sense equivalència directa en una part concreta del territori, van suposar el 2007, segons l'EGSP, al voltant de l'1,7% del total de la despesa pública en el conjunt de l'Estat espanyol. D'aquesta manera, i buscant l'homogeneïtat entre les dades de Catalunya i les d'Espanya, estimem la part d'aquesta despesa central que correspondria a Catalunya aplicant el percentatge que representa la despesa sanitària pública responsabilitat de la Generalitat de Catalunya sobre el total de les comunitats autònomes en el total de despesa no territorialitzada.

En la taula 1 es presenten els resultats del període 2003-2007 per a cada un dels diferents agents de despesa, el total d'aquesta despesa sanitària pública i el pes que representa aquesta despesa sobre el PIB de Catalunya.

La despesa sanitària pública de Catalunya l'any 2007 va ser de 9.840,2 milions d'euros, quantitat que suposa un creixement del 41,4% des de l'any 2003 i una taxa mitjana anual acumulada⁴ (TMAA) de creixement durant el període 2003-2007 del 9,0% (gràfic 1). L'any 2007, la despesa pública sanitària representa el 5,0% del PIB de Catalunya, és a dir que va augmentar 0,3 punts percentuals des de l'any 2003, en què representava el 4,7% del PIB.

4 L'expressió de la taxa mitjana anual acumulada (TMAA) és:

$$TMAA = \sqrt[n]{\frac{Y_{t+n}}{Y_t}} - 1$$

, en què n representa el nombre de períodes; Y_t , el valor de la magnitud en el moment t , i Y_{t+n} , el valor de la magnitud en el moment $t+n$.



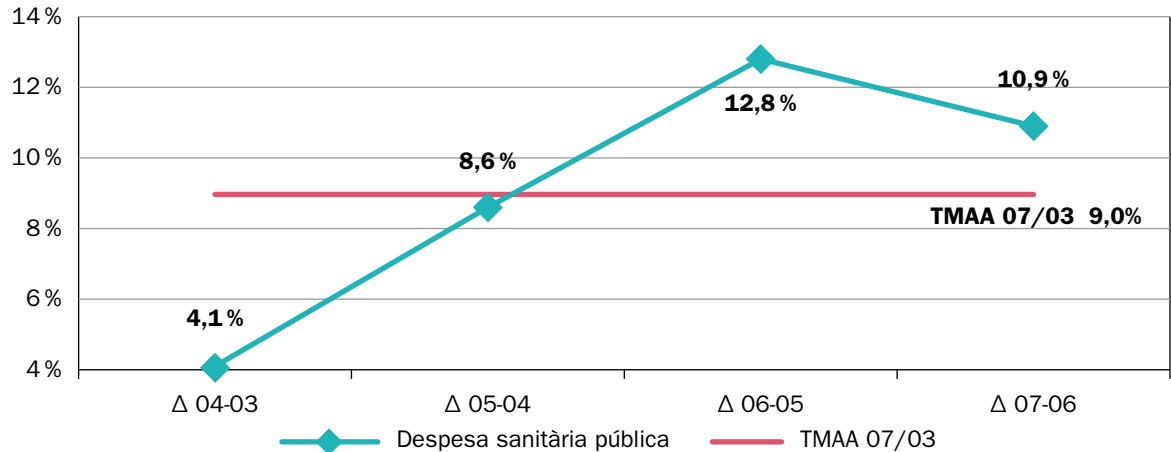

Taula 1. Despesa sanitària pública a Catalunya per organismes, 2003-2007

	Generalitat de Catalunya	Corporacions locals	Mutualitats públiques	Administració de l'Estat	Total despesa sanitària pública	Despesa sanitària pública/PIB
2003	6.260,7	184,3	347,8	165,8	6.958,5	4,7%
2004	6.555,9	181,2	372,0	136,2	7.245,3	4,6%
2005	7.140,2	186,2	396,5	142,6	7.865,6	4,6%
2006	8.070,6	212,7	419,3	168,7	8.871,3	4,8%
2007	8.966,7	236,2	447,5	189,9	9.840,2	5,0%

Xifres en milions d'euros.

Fonts: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades:

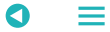
- *Estadística del gasto sanitario público* (EGSP). Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat.
- Servei d'Hisendes Locals i Anàlisi Pressupostària. Direcció General de l'Administració Local. Departament de Governació i Administracions Públiques. Les dades dels anys 2003-2004 s'han obtingut com una estimació a partir de la informació facilitada.
- Memòries anuals 2003-2007 de Muface, Mugeju, Isfas, mútues patronals d'accidents de treball i malalties professionals i l'Institut Social de la Marina (ISM).
- *Pressupostos generals de l'Estat 2003-2007*. Ministeri d'Economia i Hisenda.
- PIB segons la Comptabilitat regional d'Espanya. Base 2000. Institut Nacional d'Estadística (INE).

Gràfic 1. Creixement anual de la despesa sanitària pública i TMAA 2007-2003 a Catalunya


Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

Com es pot comprovar en la taula 2, si considerem les taxes mitjanes anuals acumulatives de creixement en el període analitzat, la despesa en sanitat de la Generalitat ha crescut el 9,4%; la de les corporacions locals, el 6,4%; la de les mutualitats públiques, el 6,5%, i la despesa de l'Administració de l'Estat, el 3,5%.

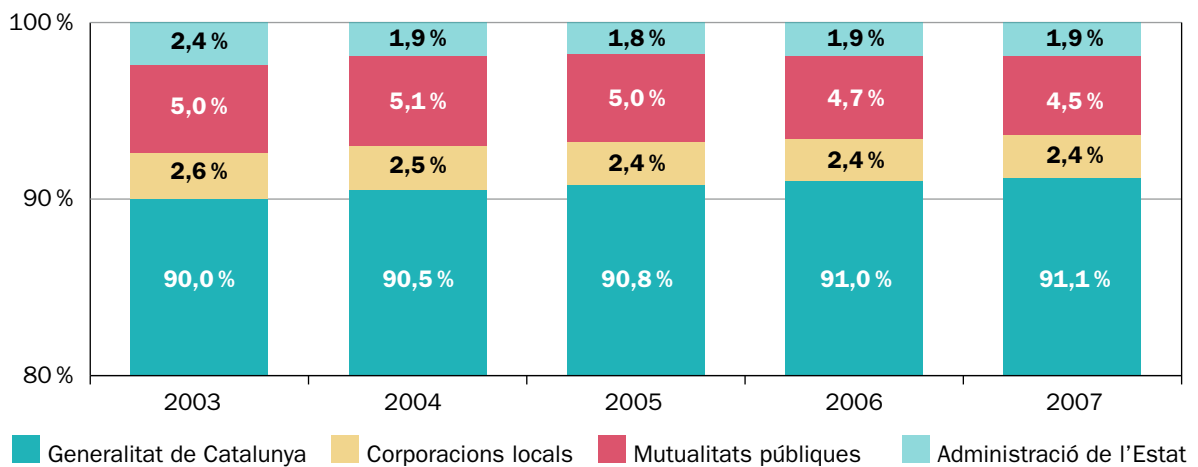



Taula 2. Creixement anual de la despesa sanitària pública i TMAA 2007-2003 a Catalunya

	Generalitat de Catalunya	Corporacions locals	Mutualitats públiques	Administració de l'Estat	Total despesa sanitària pública
Δ 04-03	4,7%	-1,6%	6,9%	-17,8%	4,1%
Δ 05-04	8,9%	2,7%	6,6%	4,7%	8,6%
Δ 06-05	13,0%	14,2%	5,7%	18,3%	12,8%
Δ 07-06	11,1%	11,1%	6,7%	12,5%	10,9%
TMAA 2007/2003	9,4%	6,4%	6,5%	3,5%	9,0%

Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

D'altra banda, cal afegir que del total d'aquesta despesa, per a l'any 2007, la Generalitat de Catalunya n'assumeix el finançament de la major part, un 91,1%; la segueixen les mutualitats públiques amb un 4,5%, les corporacions locals amb un 2,4% i, finalment, l'Administració de l'Estat amb l'1,9%, tal com es pot veure en el gràfic 2. Aquesta distribució es manté pràcticament constant al llarg de tot el període estudiat.

Gràfic 2. Despesa sanitària pública a Catalunya per agents de despesa, 2003-2007


Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.





1.3. La despesa sanitària privada a Catalunya

El creixement ràpid i exponencial de la despesa sanitària pública ha motivat debats, reflexions i estudis sobre el sector sanitari, tant a Catalunya com a Espanya i a Europa, per tal de trobar un finançament sostenible des del punt de vista social, polític i, evidentment, econòmic. La sostenibilitat dels sistemes de salut és una de les grans preocupacions dels estats europeus i un dels grans debats oberts sobre l'Estat del benestar.

A Catalunya, al llarg del temps i atesa la xarxa sanitària generada per la societat civil catalana, una part important dels centres tradicionalment privats han anat treballant parcialment per al sector públic, fins al punt de consolidar-se com a proveïdors sanitaris en algunes especialitats.

Històricament, independentment de l'evolució de la despesa sanitària pública, el sector sanitari privat a Catalunya ha contribuït a alleugerir les pressions de la demanda de serveis sanitaris en el sector públic. L'oferta, la qualitat i el confort dels seus serveis i la reduïda llista d'espera per als seus pacients li han donat un caràcter diferencial fins al punt que a Catalunya una quarta part de la població hagi optat preferencialment per ser atesa als centres privats en totes o en part de les prestacions assistencials, mitjançant una doble cobertura pública i privada.

D'aquí ve que la despesa sanitària privada a Catalunya representi un valor sobre el PIB superior al d'Espanya, al contrari del que succeeix amb la despesa sanitària pública, fins i tot tenint present que Catalunya disposa d'un PIB per càpita significativament superior al de la mitjana espanyola.

Hi ha una notable disparitat de criteris a l'hora d'aproximar el valor de la despesa sanitària privada segons que es considerin més o menys fiables les fonts originals, que bàsicament són l'Enquesta de pressupostos familiars que elabora l'Institut Nacional d'Estadística (INE) i la Comptabilitat nacional o regional d'Espanya, també elaborada per l'INE.

Nosaltres hem optat per emprar el sistema més ortodox possible. D'una banda, hem recollit la despesa sanitària directa de les famílies a Catalunya a partir de la informació inclosa en la Comptabilitat regional d'Espanya, en el grup 6 de sanitat, dins la classificació de la despesa en consum final de les famílies per finalitat (COICOP). D'altra banda, hem recollit la despesa que representen les assegurances privades a partir de les memòries anuals de les entitats d'assegurança lliure de Catalunya que elabora la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

En la taula 3 es presenten els resultats.

Taula 3. Despesa sanitària privada a Catalunya per organismes, 2003-2007

	Assegurances lligades a la salut	Despesa privada en salut de les famílies	Total despesa sanitària privada	Despesa sanitària privada/PIB
2003	852,3	2.809,2	3.661,5	2,5%
2004	918,5	3.021,7	3.940,2	2,5%
2005	979,3	3.250,6	4.229,8	2,5%
2006	1.068,9	3.423,9	4.492,7	2,4%
2007	1.155,4	3.655,5	4.810,9	2,4%

Xifres en milions d'euros.

Fonts: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades:

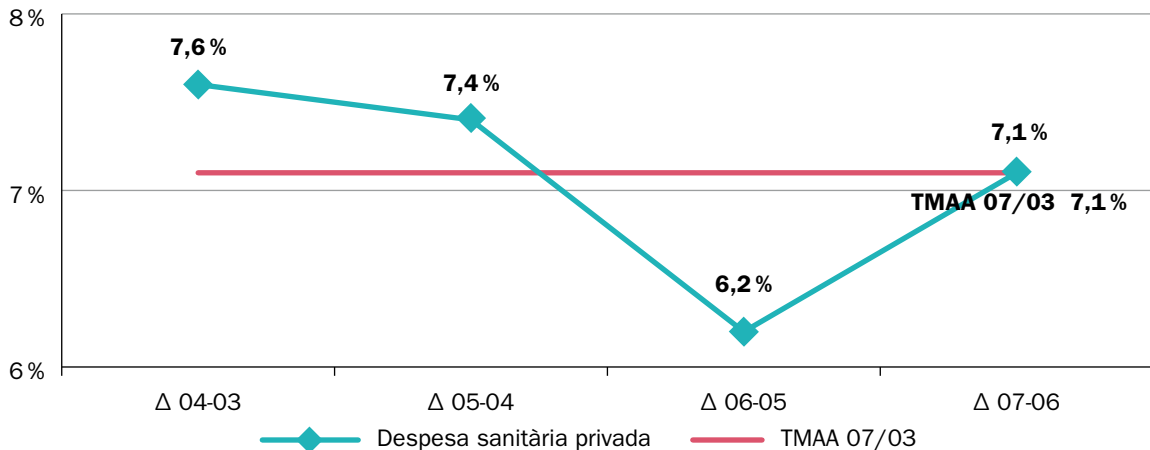
- *Comptabilitat regional d'Espanya*. Institut Nacional d'Estadística (INE).
- *Comptabilitat nacional d'Espanya*. Institut Nacional d'Estadística (INE).
- Memòries de les entitats d'assegurança lliure de Catalunya. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.





La despesa sanitària privada de Catalunya l'any 2007 va ser de 4.810,9 milions d'euros, la qual cosa representa un creixement del 31,4% des de l'any 2003 i una taxa mitjana anual acumulada de creixement durant el període 2003-2007 del 7,1% (gràfic 3). L'any 2007, la despesa sanitària privada representava el 2,4% del PIB de Catalunya, la qual cosa implica una lleugera disminució respecte a l'any 2003, en què representava el 2,5% del PIB. Aquesta lleugera disminució es deu bàsicament al notable creixement del PIB de Catalunya de l'any 2007, al voltant del 7%, mig punt per sobre del creixement de la despesa sanitària privada, i a un lleuger descens del creixement d'aquesta despesa en el període assenyalat.

Gràfic 3. Creixement anual de la despesa sanitària privada i TMAA 2007-2003 a Catalunya



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

En la taula 4 es pot veure com, al llarg del període analitzat, les taxes mitjanes anuals acumulades de creixement són del 7,9% per a les assegurances lligades a la salut i del 6,8% per a la despesa de les famílies. S'observa que el creixement anual de les assegurances lligades a la salut és més dinàmic i se situa lleugerament per sobre gairebé en tot el període.

Taula 4. Creixement anual de la despesa sanitària privada i TMAA 2003-2007 a Catalunya

	Assegurances lligades a la salut	Despesa privada en salut de les famílies	Total despesa sanitària privada
Δ 04-03	7,8%	7,6%	7,6%
Δ 05-04	6,6%	7,6%	7,4%
Δ 06-05	9,2%	5,3%	6,2%
Δ 07-06	8,1%	6,8%	7,1%
TMAA 07/03	7,9%	6,8%	7,1%

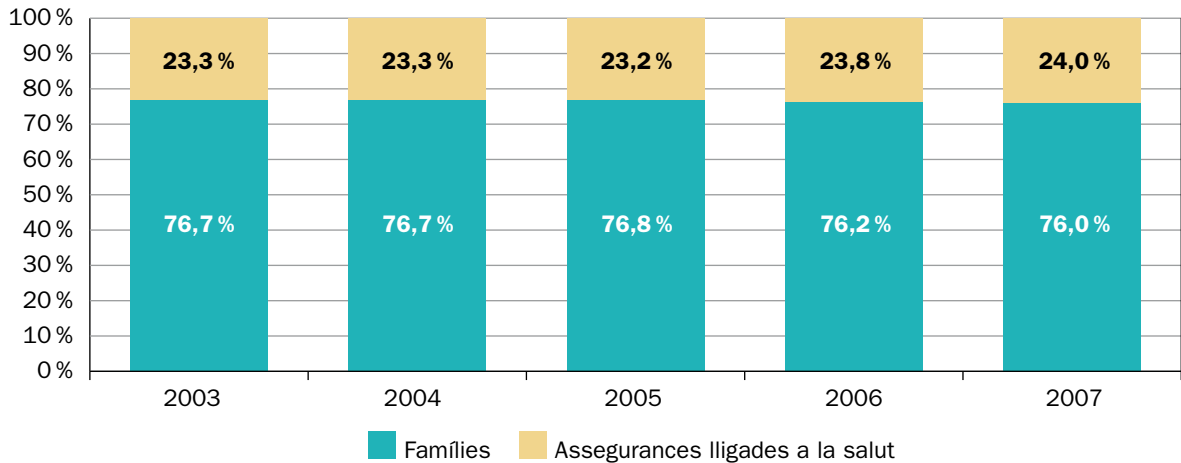
Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.





Del total d'aquesta despesa per a l'any 2007, les famílies efectuen la major part de la despesa sanitària privada, amb un 76%, mentre que les assegurances lligades a la salut representen el 24% de la despesa. En el gràfic 4 es pot veure que al llarg del període aquesta distribució s'ha mantingut força constant.

Gràfic 4. Despesa sanitària privada a Catalunya per agents de despesa, 2003-2007



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

1.4. La despesa sanitària total a Catalunya

En la taula 5 es mostra la despesa sanitària total a Catalunya en el període 2003-2007, com a suma dels resultats obtinguts en els apartats anteriors sobre la despesa pública i privada a Catalunya i el que representa aquesta despesa sobre el PIB.

Taula 5. Estimació de la despesa sanitària total a Catalunya, 2003-2007

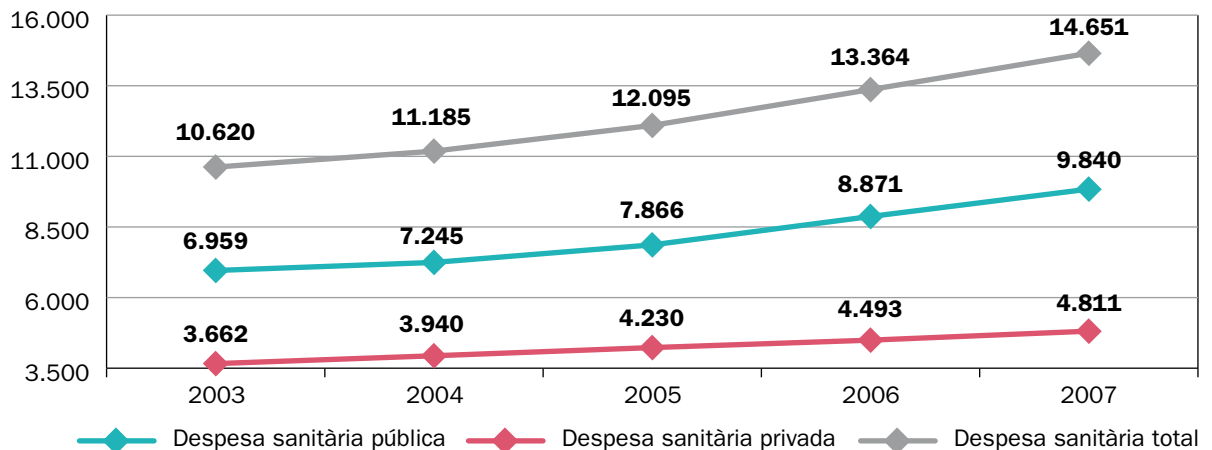
	Despesa sanitària pública	Despesa sanitària pública/PIB	Despesa sanitària privada	Despesa sanitària privada/PIB	Despesa sanitària total	Despesa sanitària Total/PIB
2003	6.958,5	4,7%	3.661,5	2,5%	10.620,0	7,2%
2004	7.245,3	4,6%	3.940,2	2,5%	11.185,5	7,1%
2005	7.865,6	4,6%	4.229,8	2,5%	12.095,4	7,1%
2006	8.871,3	4,8%	4.492,7	2,4%	13.364,0	7,3%
2007	9.840,2	5,0%	4.810,9	2,4%	14.651,1	7,4%

Xifres en milions d'euros.

Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

La despesa sanitària total a Catalunya l'any 2007 va ser de 14.651,1 milions d'euros, un percentatge del 7,4% del PIB de Catalunya, i significa un creixement de la despesa del 37,9% des de l'any 2003 i una taxa mitjana anual acumulada de creixement durant el període 2003-2007 del 8,4%. El gràfic 5 mostra l'evolució que han tingut durant el període la despesa sanitària pública, la privada i la total.

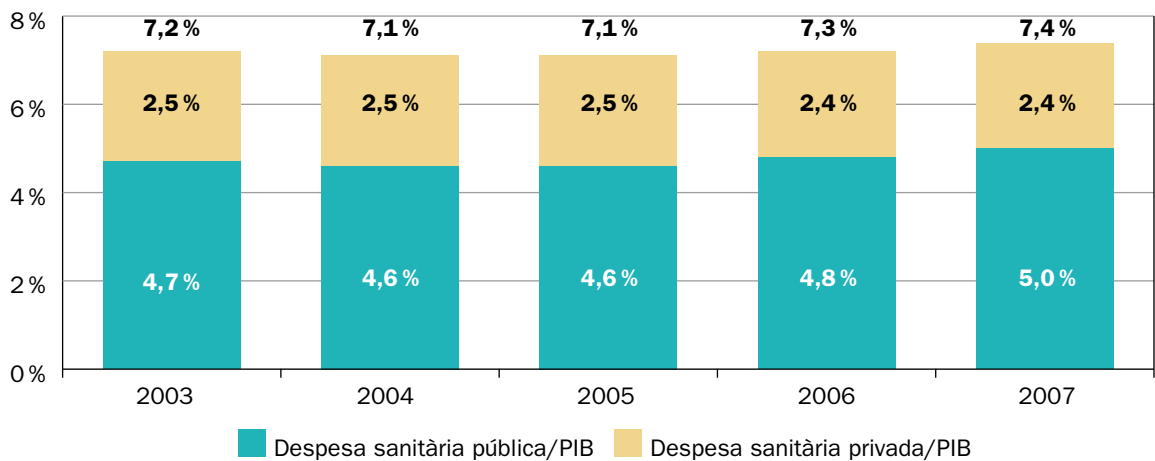



Gràfic 5. Evolució de la despesa sanitària en milions d'euros a Catalunya, 2003-2007


Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

En el gràfic 6 es mostra l'evolució del percentatge de despesa sanitària total sobre el PIB com a suma del que representa la despesa sanitària pública i la privada.

La lleugera davallada de la despesa sanitària total sobre el PIB de l'any 2004 és deguda a l'efecte que sobre el total té la despesa sanitària pública. L'any 2004, el creixement del PIB va estar més de tres punts per sobre del creixement de la despesa sanitària pública, que ho va fer en una mica més del 4%. Els anys posteriors del període, els creixements de la despesa sanitària privada han estat per sobre del 8%.

Gràfic 6. Evolució de la despesa sanitària sobre el PIB a Catalunya, 2003-2007


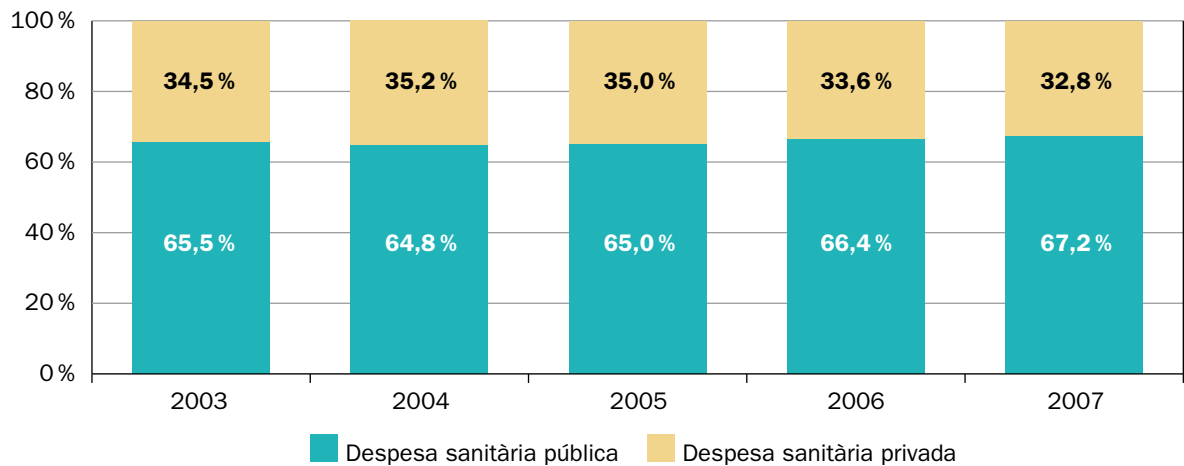
Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

En el gràfic 7 es pot observar que, al llarg del període, el pes de la despesa sanitària pública sobre el total de la despesa sanitària a Catalunya ha crescut dos punts percentuals, la qual cosa passa de representar el 65% l'any 2003 al 67% del total de la despesa sanitària l'any 2007. Per contra, la despesa sanitària privada ha patit l'efecte invers i ha passat de significar el 35% de la despesa total el 2003 al 33% l'any 2007, a causa, principalment, del major increment relatiu de la despesa pública en el període analitzat.





Gràfic 7. Percentatge de despesa sanitària pública i privada sobre el total a Catalunya, 2003-2007



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

En la taula 6 es presenta un quadre resum que mostra la despesa de cada un dels organismes que hem anat apuntant, així com la despesa pública, la privada i la total. En la taula 7, per contra, es presenta el pes que representa la despesa de cadascun dels organismes sobre el total de despesa sanitària.

Taula 6. Despesa sanitària total a Catalunya per organismes, 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Generalitat de Catalunya	6.260,7	6.555,9	7.140,2	8.070,6	8.966,7
Corporacions locals	184,3	181,2	186,2	212,7	236,2
Mutualitats públiques	347,8	372,0	396,5	419,3	447,5
Administració de l'Estat	165,8	136,2	142,6	168,7	189,9
Despesa sanitària pública	6.958,5	7.245,3	7.865,6	8.871,3	9.840,2
Assegurances lligades a la salut	852,3	918,5	979,3	1.068,9	1.155,4
Despesa en salut de les famílies	2.809,2	3.021,7	3.250,6	3.423,9	3.655,5
Despesa sanitària privada	3.661,5	3.940,2	4.229,8	4.492,7	4.810,9
Despesa sanitària total	10.620,0	11.185,5	12.095,4	13.364,0	14.651,1

Xifres en milions d'euros.

Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.





Taula 7. Percentatge de la despesa sanitària sobre el total per organismes a Catalunya per al període 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Generalitat de Catalunya	59,0%	58,6%	59,0%	60,4%	61,2%
Corporacions locals	1,7 %	1,6 %	1,5%	1,6%	1,6%
Mutualitats públiques	3,3%	3,3%	3,3%	3,1%	3,1%
Administració de l'Estat	1,6%	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%
Despesa sanitària pública	65,5%	64,8%	65,0%	66,4%	67,2%
Assegurances lligades a la salut	8,0%	8,2%	8,1%	8,0%	7,9%
Despesa en salut de les famílies	26,5%	27,0%	26,9%	25,6%	25,0%
Despesa sanitària privada	34,5%	35,2%	35,0%	33,6%	32,8%
Despesa sanitària total	100%	100%	100%	100%	100%

Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

En la taula 8 es resumeixen els creixements anuals i de la TMAA 2007-2003 per als diferents organismes que conformen la despesa sanitària, així com per al PIB de Catalunya.

En aquest període, el creixement de la despesa sanitària total ha estat marcat principalment per l'evolució que ha tingut la despesa sanitària pública, ja que, com hem dit, aquesta representa al voltant del 67% del total. Al seu torn, la despesa sanitària total ha crescut a un ritme més elevat del que ho ha fet el PIB de Catalunya gairebé tots els anys, de manera que, tal com hem vist, el percentatge que representa la despesa sanitària sobre el PIB ha crescut progressivament durant el període analitzat. La taxa anual acumulativa mitjana de la despesa sanitària total per al període 2007-2003 ha estat, aproximadament, un punt per sobre que la del PIB del mateix període (8,4% respecte al 7,6%), la qual cosa ha demostrat un cop més que la despesa en salut té una elasticitat superior a la unitat respecte al creixement econòmic d'un país.

Taula 8. Creixements anuals i TMAA 2007-2003 per organismes a Catalunya

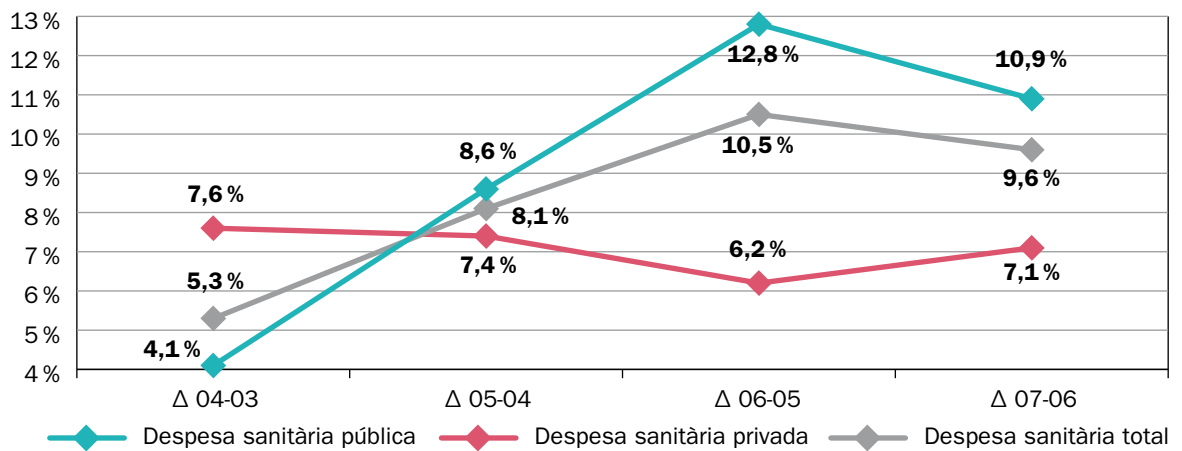
	Δ 04-03	Δ 05-04	Δ 06-05	Δ 07-06	TMAA 07/03
Generalitat de Catalunya	4,7%	8,9%	13,0%	11,1%	9,4%
Corporacions locals	-1,6%	2,7%	14,2%	11,1%	6,4%
Mutualitats públiques	6,9%	6,6%	5,7%	6,7%	6,5%
Administració de l'Estat	-17,8%	4,7%	18,3%	12,5%	3,5%
Despesa sanitària pública	4,1%	8,6%	12,8%	10,9%	9,0%
Assegurances lligades a la salut	7,8%	6,6%	9,2%	8,1%	7,9%
Despesa en salut de les famílies	7,6%	7,6%	5,3%	6,8%	6,8%
Despesa sanitària privada	7,6%	7,4%	6,2%	7,1%	7,1%
Despesa sanitària total	5,3%	8,1%	10,5%	9,6%	8,4%
PIB de Catalunya	7,4%	7,5%	8,4%	6,9%	7,6%

Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.



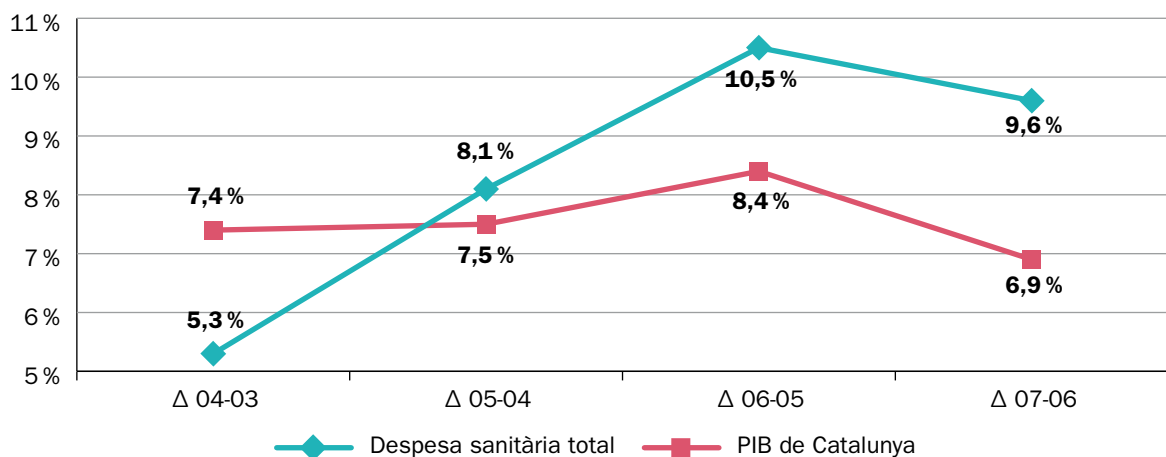


Gràfic 8. Creixement anual de la despesa sanitària pública, la privada i la total a Catalunya, 2003-2007



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

Gràfic 9. Creixement de la despesa sanitària total i del PIB de Catalunya, 2003-2007



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

1.5. La despesa sanitària de Catalunya en el context del Sistema de Comptes de Salut de l'OCDE. Homogeneïtzació amb la informació internacional

Com hem comentat en la introducció inicial del capítol, si volem comparar de manera fiable la despesa sanitària de Catalunya, en els vessants públic, privat i total, amb la dels països de l'OCDE o de la Unió Europea, cal que la sèrie sigui homogènia i equiparable amb les sèries de despesa de tots aquests països.

El marc metodològic emprat per l'OCDE en la seva publicació anual *OECD Health Data*, així com el qüestionari conjunt de l'Eurostat, l'OCDE i l'OMS, és el Sistema de Comptes de Salut (*System of Health Accounts, SHA*)⁵. Atès que aquesta serà la nostra font de dades a escala internacional, cal que

5 A System of Health Accounts. Versió 1.0 (2000). OECD. El manual està en procés de revisió que culminarà amb la publicació d'un nou manual SHA versió 2.0.





tinguem en compte aquesta metodologia i les seves particularitats a l'hora d'estimar una nova sèrie de despesa sanitària a Catalunya comparable internacionalment per al període 2003-2007.

Les diferències principals entre l'EGSP, que hem emprat fins ara, i els comptes SHA, que necessitem per a la comparació internacional, estan en el fet que la classificació SHA incorpora la funció de l'atenció de llarga durada, no només l'estrictament sanitària a persones dependents, sinó també l'anomenada "atenció personal necessària per al desenvolupament de l'activitat bàsica de la vida diària". En canvi, l'EGSP només inclou l'atenció de llarga durada de les institucions sanitàries del Sistema Nacional de Salut. El Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, per tal de completar les dades de la despesa sanitària d'Espanya, més enllà de les fonts analitzades, empra altres fonts de dades per poder estimar el total d'aquesta despesa en atenció de llarga durada tant en l'àmbit públic com en el privat (les residències socials i els centres de dia, entre altres).

A més, un altre aspecte diferenciador entre les dues metodologies és que l'EGSP inclou la despesa en recerca i formació, mentre que els comptes SHA no la consideren, ja que estructuralment se centren més en el cost que representa l'atenció sanitària prestada directament.

A partir dels resultats de la despesa sanitària obtinguts en l'apartat anterior i de les estimacions que el Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat fa per al cas d'Espanya de la despesa sanitària pública, la privada i la total, incloent-hi, d'una banda, l'atenció de llarga durada i restant, i de l'altra, la despesa en recerca i formació, hem estimat una nova sèrie de despesa sanitària per a Catalunya.

Com diem, per al cas d'Espanya no es disposa de la desagregació de l'atenció de llarga durada per comunitats autònomes, i per complir les obligacions estadístiques de la Unió Europea, el Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat l'estima a nivell estatal. D'aquesta manera, per aconseguir el valor equivalent a Catalunya, s'ha hagut d'estimar al seu torn la part d'aquesta despesa en cures de llarga durada que correspon a Catalunya. Calculem aquesta proporció mitjançant el pes que representa la despesa sanitària responsabilitat de la Generalitat de Catalunya sobre el total de la despesa sanitària responsabilitat del conjunt de les comunitats autònomes, segons mostra l'EGSP. En la taula 9 presentem els resultats.

Taula 9. Despesa sanitària amb criteri SHA a Catalunya, 2003-2007

	Despesa sanitària pública SHA	Despesa sanitària pública SHA/PIB	Despesa sanitària privada SHA	Despesa sanitària privada SHA/PIB	Despesa sanitària total SHA	Despesa sanitària total SHA/PIB
2003	7.280,2	4,9%	3.908,1	2,7%	11.188,3	7,6%
2004	7.595,9	4,8%	4.205,1	2,7%	11.801,0	7,5%
2005	8.262,5	4,9%	4.533,3	2,7%	12.795,8	7,5%
2006	9.317,7	5,1%	4.816,6	2,6%	14.134,3	7,7%
2007	10.422,8	5,3%	5.170,9	2,6%	15.593,8	7,9%

Xifres en milions d'euros.

Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

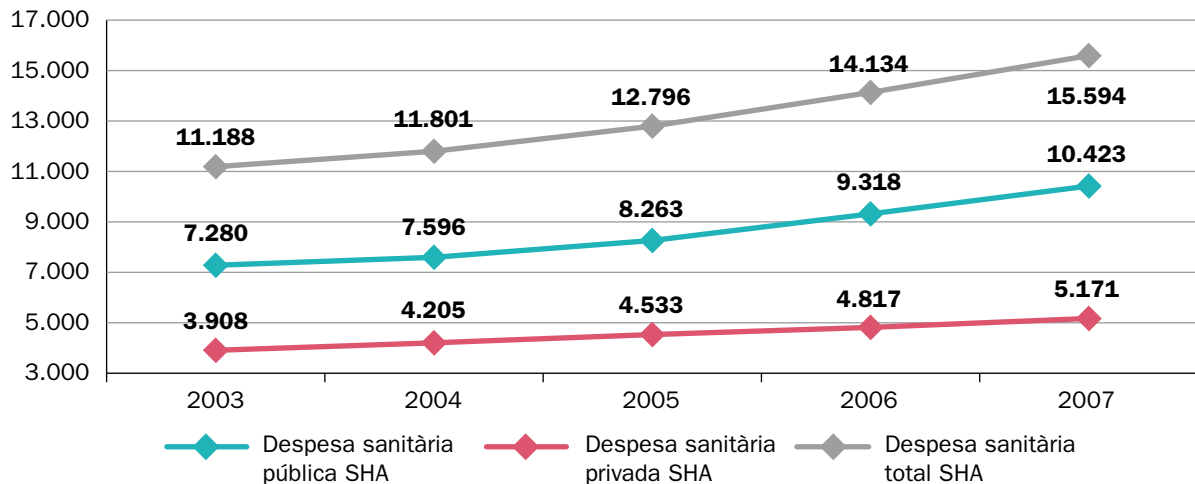
Un cop feta aquesta homogeneïtzació d'acord amb els criteris dels SHA, la despesa sanitària total de l'any 2007 representa el 7,9% del PIB de Catalunya. És a dir, 0,4 punts més que el pes de la despesa sanitària sobre la producció calculada anteriorment, quan no hem considerat l'homogeneïtzació internacional.





Amb l'homogeneïtzació internacional, la despesa sanitària pública passa a ser de 10.422,8 milions d'euros; la privada, de 5.170,9 milions d'euros, i la total, de 15.593,8 milions d'euros (taula 9 i gràfic 10). Les taxes mitjanes anuals acumulades de creixement d'aquestes despeses en el període 2003-2007 han estat del 9,4%, el 7,3% i el 8,7%, respectivament (taula 10).

Gràfic 10. Evolució de la despesa sanitària amb criteri SHA a Catalunya, 2003-2007 (milions €)



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

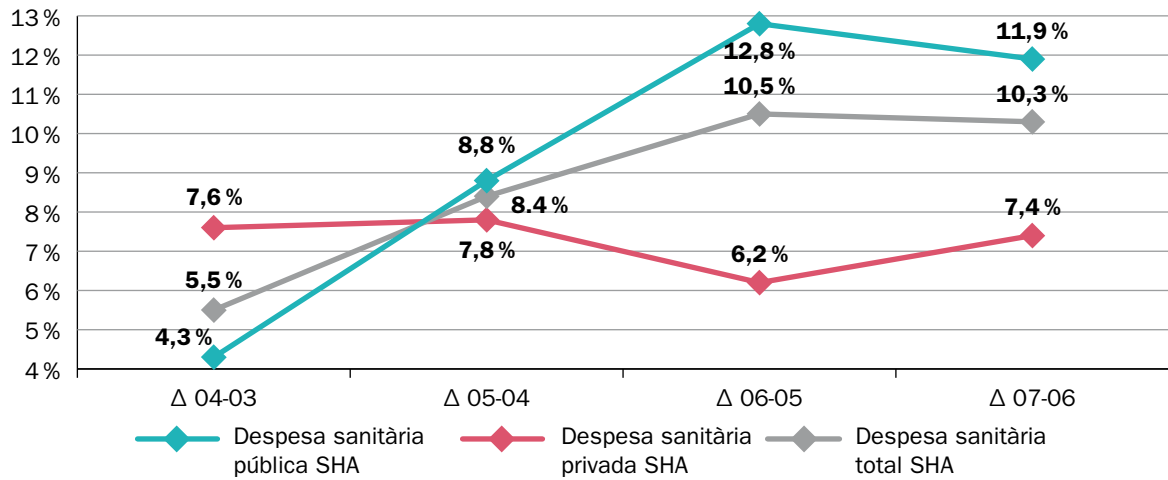
Taula 10. Creixements anuals i TMAA 2007-2003 de la despesa sanitària amb criteri SHA a Catalunya

	Δ 04-03	Δ 05-04	Δ 06-05	Δ 07-06	TMAA 07/03
Despesa sanitària pública SHA	4,3%	8,8%	12,8%	11,9%	9,4%
Despesa sanitària privada SHA	7,6%	7,8%	6,2%	7,4%	7,3%
Despesa sanitària total SHA	5,5%	8,4%	10,5%	10,3%	8,7%
PIB de Catalunya	7,4%	7,5%	8,4%	6,9%	7,6%

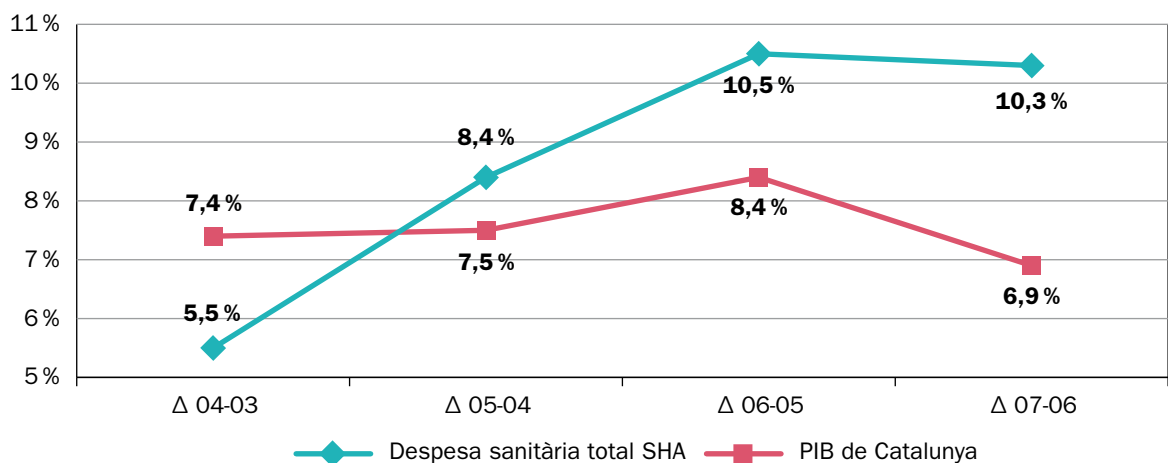
Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

En el període 2003-2007, el creixement de la despesa sanitària total ha estat marcat principalment per l'evolució que ha tingut la despesa sanitària pública, ja que, com hem dit abans, a més de representar el pes més elevat sobre el total de la despesa, ha crescut a un ritme superior al ritme en què ho ha fet la despesa sanitària privada (gràfic 11). Al seu torn, la despesa sanitària total ha crescut a un ritme més elevat del que ho ha fet el PIB de Catalunya gairebé en tot el període. Com a diferència entre les taxes anuals acumulatives mitjanes del període, veiem que la de la despesa sanitària total és 1,1 punts superior a la del PIB (8,7% enfront del 7,6%).




Gràfic 11. Creixement anual de la despesa sanitària amb criteri SHA a Catalunya, 2003-2007


Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

Gràfic 12. Creixement de la despesa sanitària total amb criteri SHA i del PIB a Catalunya, 2003-2007


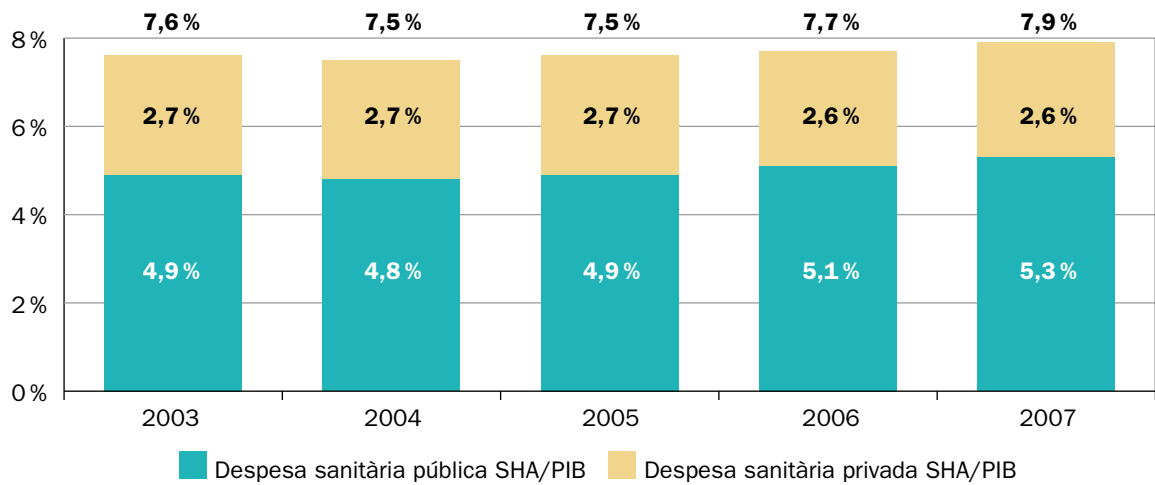
Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

L'any 2007 la despesa sanitària pública amb criteri SHA representa el 5,3% del PIB de Catalunya, i guanya quatre dècimes des de l'any 2003, quan representava el 4,9%. L'indicador de la despesa privada SHA sobre el PIB, en canvi, es manté pràcticament constant durant tot el període, que l'any 2007 és del 2,6%. La despesa sanitària total amb criteri SHA sobre el PIB, com a suma dels dos percentatges anteriors, va representar el 7,9% l'any 2007, tres dècimes més que l'any 2003, quan representava el 7,6% (gràfic 13).





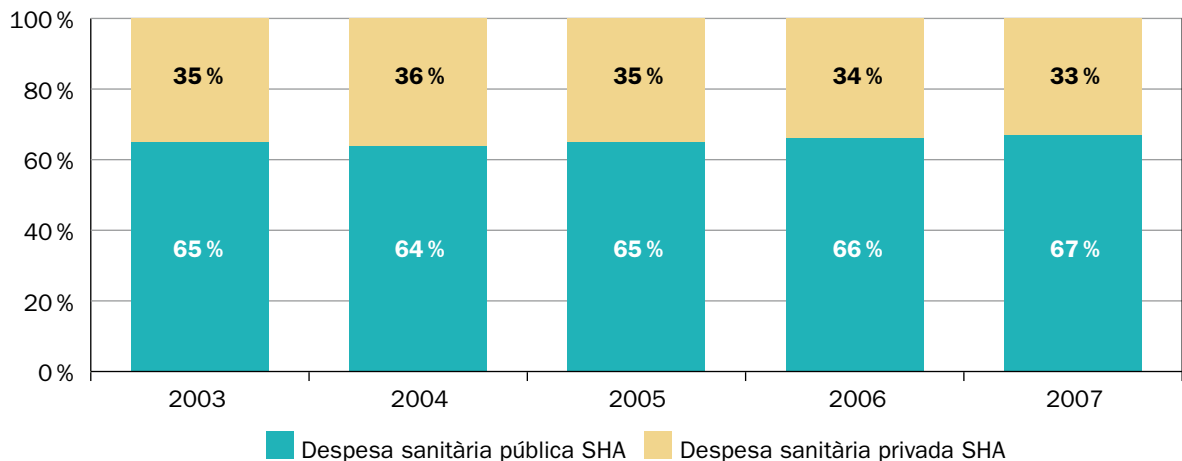
Gràfic 13. Evolució de la despesa sanitària amb criteri SHA sobre el PIB a Catalunya, 2003-2007



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

En el gràfic 14 podem observar que, al llarg del període comentat, el pes de la despesa sanitària pública amb criteri SHA sobre el total de la despesa sanitària SHA a Catalunya ha crescut dos punts percentuals, i passa de representar el 65% l'any 2003 al 67% del total de la despesa sanitària amb criteri SHA l'any 2007. Per contra, la despesa sanitària privada amb criteri SHA ha patit l'efecte invers i ha passat de representar el 35% de la despesa total SHA el 2003 al 33% l'any 2007, a causa, principalment, de l'increment proporcional superior de la despesa sanitària pública SHA en aquest total al llarg del període analitzat.

Gràfic 14. Percentatge de despesa sanitària pública i privada amb criteri SHA sobre el total a Catalunya, 2003-2007



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.





1.6. La despesa sanitària a Catalunya en el context de l'OCDE i la Unió Europea

Un cop estimada la despesa sanitària a Catalunya amb els mateixos paràmetres emprats pels organismes internacionals, podem fer comparacions dels nivells assolits amb relació als països del nostre entorn més immediat, amb els quals compartim nivells socioeconòmics i de desenvolupament general més o menys similars. Seguint el mateix esquema que en apartats anteriors, compararem per als anys 2003 i 2007, d'una banda, el nivell de despesa sanitària pública, privada i total sobre el PIB de Catalunya amb la resta de països de l'OCDE i la Unió Europea dels quinze i, de l'altra, els nivells de despesa per càpita en dòlars en paritat de poder de compra PPC.

En aquest apartat, parlarem en tot moment de despesa sanitària pública, privada i total tenint present que ens referim a la despesa sanitària adaptada a la informació consensuada internacionalment, és a dir, incloent el total de l'atenció de llarga durada i eliminant la despesa corresponent a la recerca i la formació, tal com hem explicat abans.

En els països de la Unió Europea, és majoritari el finançament públic de les prestacions sanitàries, la qual cosa, juntament amb el volum important que representa la sanitat amb relació al PIB, implica que la despesa sanitària pública té un pes força important en l'economia dels països del nostre entorn.

Com es pot observar en la taula 11 i en el gràfic 15, la mitjana de la despesa sanitària pública sobre el PIB l'any 2007 se situa en el 7,1% a la Unió Europea dels quinze i en el 6,4% a l'OCDE. Espanya està per sota de la mitjana de la Unió Europea, amb un 6,1% en el mateix període, xifra que ha crescut 4 dècimes respecte al 2003. Malgrat tot, per a l'any 2007, encara està un punt sobre el PIB per sota de la norma europea.

Com hem assenyalat, Catalunya té una despesa sanitària pública sobre el PIB del 5,3% per a l'any 2007, és a dir, un valor 1,8 punts per sota de la mitjana europea dels quinze. Aquest diferencial cal atribuir-lo a les circumstàncies del finançament sanitari espanyol que ja s'ha apuntat a l'inici. En el rànquing de despesa, Catalunya ocupa la sisena posició per la cua, per damunt d'Hongria, la República Eslovaca, Polònia, Corea i Mèxic, i a 3,4 punts de la despesa sobre el PIB de França, que, amb el 8,7%, és el país de l'OCDE que dedica més percentatge del seu PIB al finançament de la sanitat pública.

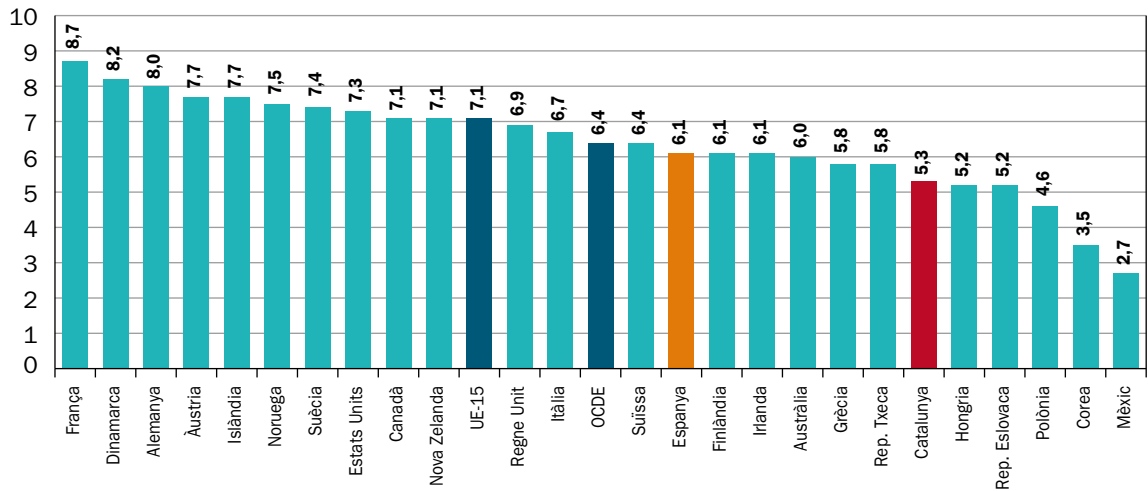
Taula 11. Despesa sanitària pública sobre el PIB, 2003 i 2007

	2003	2007		2003	2007		2003	2007
França	8,6	8,7	Nova Zelanda	6,2	7,1	Austràlia	5,6	6,0
Dinamarca	7,8	8,2	UE-15	6,9	7,1	Grècia	5,4	5,8
Alemanya	8,5	8,0	Regne Unit	6,2	6,9	República Txeca	6,7	5,8
Àustria	7,8	7,7	Itàlia	6,2	6,7	Catalunya	4,9	5,3
Islàndia	8,5	7,7	OCDE	6,3	6,4	Hongria	6,0	5,2
Noruega	8,4	7,5	Suïssa	6,6	6,4	República Eslovaca	5,1	5,2
Suècia	7,8	7,4	Espanya	5,7	6,1	Polònia	4,4	4,6
Estats Units	6,8	7,3	Finlàndia	5,9	6,1	Corea	2,6	3,5
Canadà	6,9	7,1	Irlanda	5,7	6,1	Mèxic	2,7	2,7

Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Bèlgica, els Països Baixos, Luxemburg, el Japó ni Portugal.



Gràfic 15. Despesa sanitària pública sobre el PIB, 2007

Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Bèlgica, els Països Baixos, Luxemburg, el Japó ni Portugal.

Pel que fa a la despesa sanitària privada sobre el PIB, Espanya s'ha mantingut en uns valors constants entre els anys 2003 i 2007, lleugerament per sobre de la mitjana de la Unió Europea dels quinze. Com s'observa en la taula 12 i en el gràfic 16, el pes de la despesa sanitària privada espanyola sobre el PIB se situa tres dècimes per sobre del de la mitjana de la Unió Europea dels quinze. El valor per a Espanya és d'un 2,4% enfront del 2,1% d'Europa.

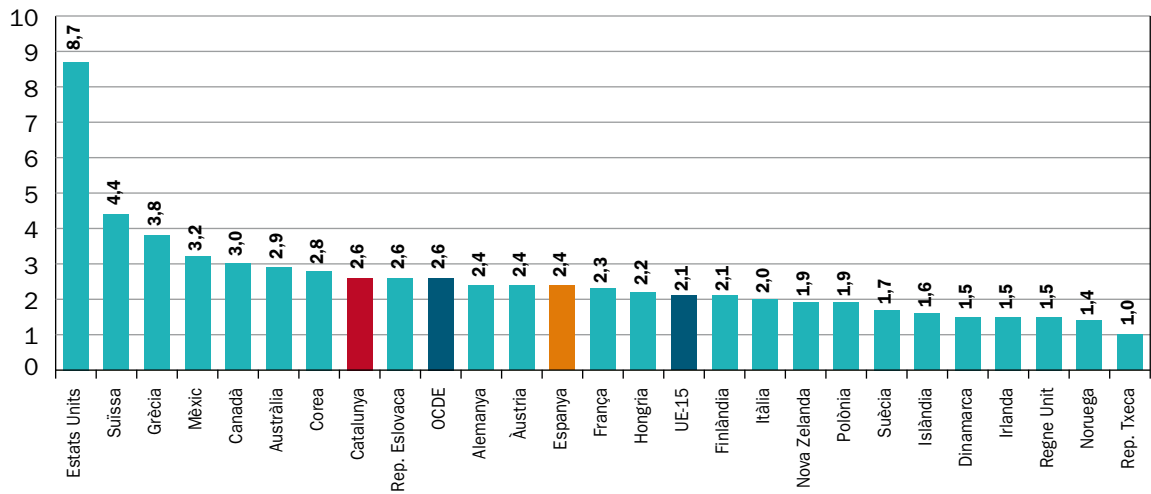
Taula 12. Despesa sanitària privada sobre el PIB, 2003 i 2007

	2003	2007		2003	2007		2003	2007
Estats Units	8,7	8,7	OCDE	2,4	2,6	Nova Zelanda	1,7	1,9
Suïssa	4,7	4,4	Alemanya	2,3	2,4	Polònia	1,9	1,9
Grècia	3,6	3,8	Àustria	2,5	2,4	Suècia	1,6	1,7
Mèxic	3,2	3,2	Espanya	2,4	2,4	Islàndia	1,9	1,6
Canadà	2,9	3,0	França	2,2	2,3	Dinamarca	1,5	1,5
Austràlia	2,9	2,9	Hongria	2,3	2,2	Irlanda	1,6	1,5
Corea	2,7	2,8	UE-15	2,1	2,1	Regne Unit	1,5	1,5
Catalunya	2,7	2,6	Finlàndia	2,2	2,1	Noruega	1,6	1,4
Rep. Eslovaca	0,7	2,6	Itàlia	2,1	2,0	Rep. Txeca	0,8	1,0

Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Bèlgica, els Països Baixos, Luxemburg, el Japó ni Portugal.

L'any 2007 Catalunya experimenta un pes lleugerament superior al de l'Estat espanyol, amb un valor de la despesa sanitària privada del 2,6% del PIB. Cal destacar el paper que tenen les assegurances privades de salut a Catalunya, on presenten un pes superior que a la resta de l'Estat espanyol. Deixant de banda el cas excepcional dels Estats Units, on la despesa sanitària privada sobre el PIB és del 8,7%, Catalunya se situa a nivells similars als de països com Alemanya (2,4%) i per damunt de França (2,3%), Suècia (1,7%) o el Regne Unit (1,5%).

Gràfic 16. Despesa sanitària privada sobre el PIB, 2007

Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Bèlgica, els Països Baixos, Luxemburg, el Japó ni Portugal.

La taula 13 recull els valors de la despesa sanitària total sobre el PIB als països de l'OCDE per als anys 2003 i 2007. Els valors oscil·len entre el 5,9% i l'11% del PIB, o bé el 16%, si hi incloem el cas extrem dels Estats Units. Aquí cal remarcar un cop més que es tracta, doncs, d'un sector molt important en l'economia dels països occidentals.

Espanya, amb un valor l'any 2007 del 8,5% sobre el PIB, se situa vuit dècimes per sota de la despesa sanitària mitjana de la Unió Europea dels quinze, mentre que en el 2003 el diferencial era d'un punt. El nivell de despesa sanitària total sobre el PIB de Catalunya està a certa distància de la majoria dels països de la Unió Europea dels quinze i de l'OCDE. En efecte, en el 2007 hi ha un diferencial de Catalunya amb la Unió Europea dels quinze de 1,4 punts i d'1,1 punts amb l'OCDE. La distància amb els països amb una renda per càpita més o menys aproximada a la de Catalunya (entesa com a PIB per càpita) és força significativa: està al voltant de 0,8 punts percentuals per sota d'Itàlia i a 2,5 punts per sota d'Alemanya. França, el país que més recursos sobre el PIB destina a la salut, sense comptar el cas dels Estats Units, està 3,1 punts per sobre de Catalunya.

Taula 13. Despesa sanitària total sobre el PIB, 2003 i 2007

	2003	2007		2003	2007		2003	2007
Estats Units	15,6	16,0	UE-15	9,1	9,3	Finlàndia	8,1	8,2
França	10,9	11,0	Islàndia	10,4	9,3	Catalunya	7,6	7,9
Suïssa	11,3	10,8	Suècia	9,4	9,1	Rep. Eslovaca	5,8	7,7
Alemanya	10,8	10,4	OCDE	8,9	9,0	Irlanda	7,3	7,6
Bèlgica ¹	10,2	10,2	Nova Zelanda	8,0	9,0	Hongria	8,3	7,4
Àustria	10,3	10,1	Austràlia	8,5	8,9	Rep. Txeca	7,4	6,8
Canadà	9,8	10,1	Noruega	10,0	8,9	Polònia	6,2	6,4
Dinamarca	9,3	9,8	Itàlia	8,3	8,7	Corea	5,3	6,3
Països Baixos ¹	9,8	9,8	Espanya	8,1	8,5	Mèxic	5,8	5,9
Grècia	9,0	9,6	Regne Unit	7,8	8,4			

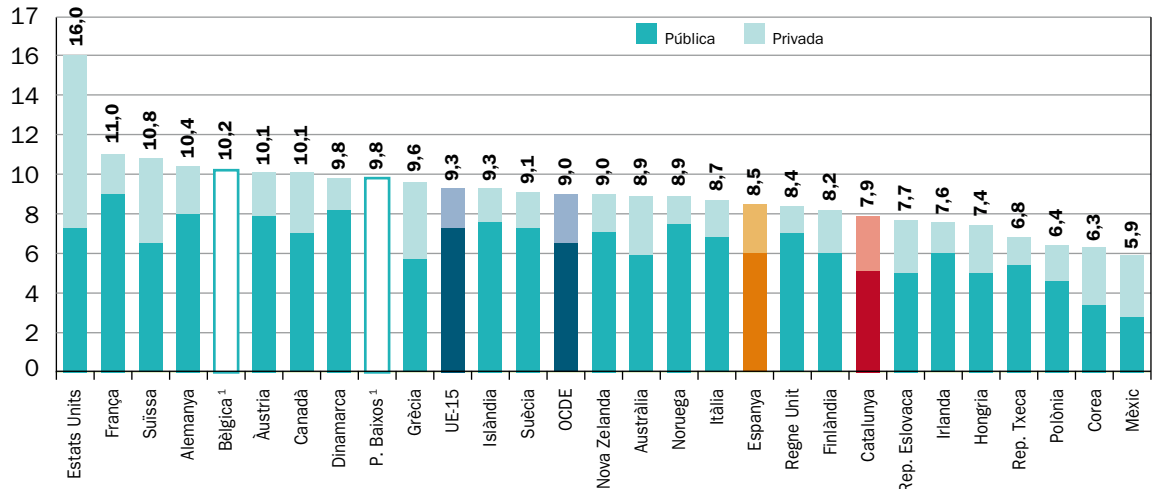
Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Luxemburg, el Japó ni Portugal.

1. L'OCDE no disposa de la despesa pública i privada, però sí de la despesa en salut total sobre el PIB.

En el gràfic 17 es pot veure el valor de la despesa sanitària total sobre el PIB de cada país de l'OCDE com a suma de la despesa pública i la privada de l'any 2007. Com hem vist, els Estats Units encapçalen el rànquing, mentre que Catalunya se situa en el vuitè lloc per la cua.

Gràfic 17. Despesa sanitària total sobre el PIB, 2007



Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Luxemburg, el Japó ni Portugal.

1. L'OCDE no disposa de la despesa pública i privada, però sí de la despesa en salut total sobre el PIB.

La taula 14 és un resum general per als anys 2003 i 2007 dels valors diferencials de la despesa pública, la privada i la total en salut, incloent-hi l'atenció de llarga durada, entre Espanya, Catalunya i la Unió Europea dels quinze. Tal com hem anat veient, aquest diferencial és positiu en el cas de la despesa privada, tant si comparem Espanya com Catalunya amb la Unió Europea dels quinze, mentre que és negatiu en el cas de la despesa sanitària pública i de la despesa sanitària total.

En el cas de Catalunya, la despesa sanitària pública representava el 71% de la despesa sanitària pública dels països de la Unió Europea dels quinze l'any 2003 i ha passat al 75% en el 2007. La despesa sanitària total representa el 85% de la Unió Europea dels quinze i la despesa sanitària privada està al voltant del 122% amb relació a la mitjana de la Unió Europea dels quinze. En el cas d'Espanya, malgrat que els seus valors s'acosten més a la norma europea, observem el mateix patró de comportament que a Catalunya.

Taula 14. Despesa sanitària sobre el PIB, 2003 i 2007. Diferencial entre Espanya, Catalunya i la Unió Europea dels quinze

	Pública		Privada		Total	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007
UE-15	6,9	7,1	2,1	2,1	9,1	9,3
Espanya	5,7	6,1	2,4	2,4	8,1	8,5
Catalunya	4,9	5,3	2,7	2,6	7,6	7,9
Diferencial Espanya/UE-15	-1,2	-1,0	0,3	0,3	-1,0	-0,8
Diferencial Catalunya/UE-15	-2,0	-1,8	0,6	0,5	-1,5	-1,4
Diferencial Catalunya/Espanya	-0,8	-0,8	0,3	0,2	-0,5	-0,6
% Espanya s/ UE-15	83%	86%	114%	112%	89%	91%
% Catalunya s/ UE-15	71%	75%	129%	122%	84%	85%
% Catalunya s/ Espanya	86%	87%	113%	108%	94%	93%

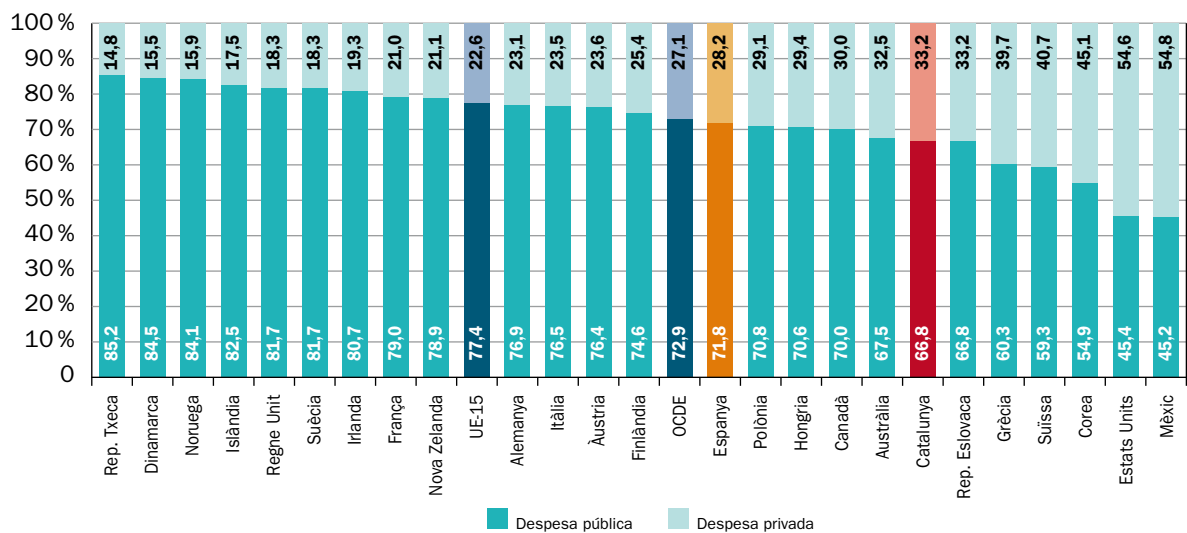
Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.



La bibliografia existent demostra que la despesa sanitària té una relació directa i creixent amb la renda per càpita; ho ratifica l'indicador de l'elasticitat-renda de la despesa sanitària amb valors per sobre de la unitat, que demostra que a mesura que creix el nivell de renda, creix més que proporcionalment la despesa sanitària. Aquest efecte no es reproduïx fidelment en el cas de Catalunya, ja que bona part de la despesa sanitària està subjecta a les decisions de l'Estat, que finança les comunitats autònomes segons criteris de població, sense considerar el grau de desenvolupament respectiu.

Si s'observa la proporció que representen la despesa pública i la privada sobre el total de la despesa sanitària dels països desenvolupats, Catalunya presenta un pes de la sanitat pública inferior al d'Espanya i al de la resta de països de la Unió Europea dels quinze i de l'OCDE. Concretament, i tal com ja hem vist en l'apartat anterior, l'any 2007 Catalunya té una relació públic-privat de 67%-33% respectivament, mentre que a la Unió Europea dels quinze és del 77%-23%. A l'OCDE, la relació és del 73%-27%, i a Espanya, del 72%-28% (gràfic 18).

Gràfic 18. Percentatges de la despesa sanitària pública i privada amb relació a la despesa sanitària total, 2007



Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Bèlgica, els Països Baixos, Luxemburg, el Japó ni Portugal.

D'altra banda, aquests resultats obtinguts de la despesa sanitària amb relació al PIB no difereixen en excés si la comparació es fa com a despesa per càpita en dòlars segons la paritat del poder de compra (PPC). Aquesta forma s'empra sovint perquè s'ajusta més a la capacitat adquisitiva real de cada país que la que proporciona el valor de despesa per càpita simple, ja que té en compte els preus de cada país.

Per obtenir els valors per càpita, hem pres les xifres de la població de Catalunya de manera que siguin homogènies amb les del conjunt de l'OCDE. La població emprada és l'anomenada Estimació de la població actual d'Espanya (EPAE), concretament, la recollida a mitjan any, elaborada per l'Institut Nacional d'Estadística (INE) i que es troba per comunitats autònomes. L'equivalent internacional de l'EPAE ha estat l'estimació de la població emprada pels països de l'OCDE.

Pel que fa a la despesa sanitària pública en dòlars per càpita segons la paritat de poder de compra (PPC), Espanya se situa a la cua de la Unió Europea dels quinze, només per sobre de Grècia. Aquesta despesa es troba a una diferència d'uns 540 dòlars amb la mitjana de la Unió Europea dels quinze i a uns 1.000 dòlars de països com França o Alemanya. Tot i això, la despesa pública per càpita ha crescut més que la mitjana de la Unió Europea dels quinze entre els anys 2003 i 2007 (un valor del 35% d'Espanya enfront del 22% de la Unió Europea dels quinze).



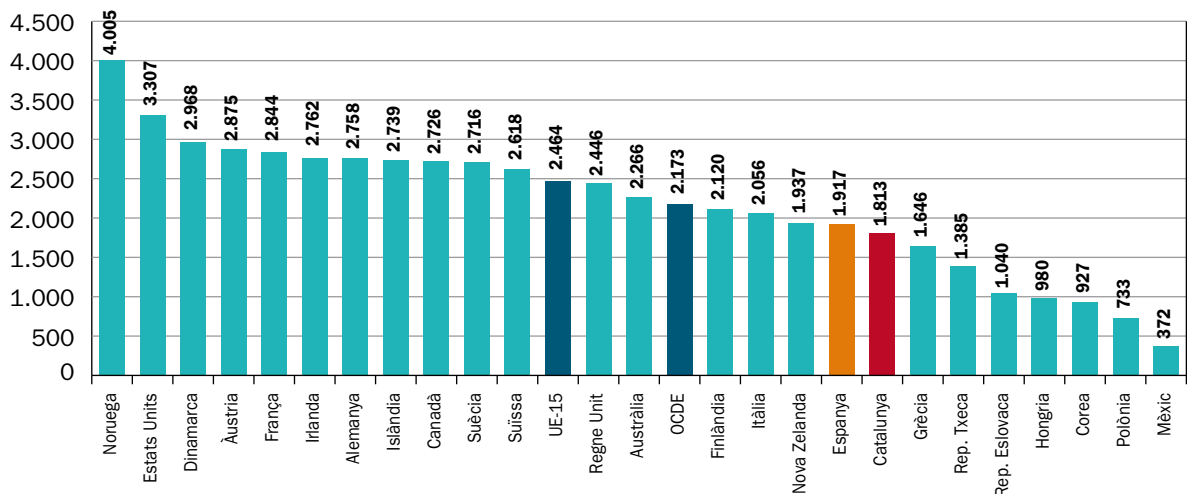
Taula 15. Despesa sanitària pública per càpita en US\$ PPC, 2003 i 2007

	2003	2007		2003	2007		2003	2007
Noruega	3.212	4.005	Suècia	2.334	2.716	Espanya	1.421	1.917
Estats Units	2.571	3.307	Suïssa	2.205	2.618	Catalunya	1.382	1.813
Dinamarca	2.378	2.968	UE-15	2.020	2.464	Grècia	1.213	1.646
Àustria	2.417	2.875	Regne Unit	1.862	2.446	Rep. Txeca	1.202	1.385
França	2.371	2.844	Austràlia	1.761	2.266	Rep. Eslovaca	699	1.040
Irlanda	1.959	2.762	OCDE	1.785	2.173	Hongria	935	980
Alemanya	2.431	2.758	Finlàndia	1.634	2.120	Corea	532	927
Islàndia	2.610	2.739	Itàlia	1.692	2.056	Polònia	523	733
Canadà	2.153	2.726	Nova Zelanda	1.446	1.937	Mèxic	277	372

Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Bèlgica, els Països Baixos, Luxemburg, el Japó ni Portugal.

L'any 2007, Catalunya disposa d'una despesa pública per càpita de 1.813 dòlars, el que suposa un creixement del 31% respecte a l'any 2003. Noruega, el país que compta amb un valor més elevat, destina 4.005 dòlars per càpita a la despesa sanitària pública, més del doble que Catalunya. Per contra, Mèxic és el país que dedica menys recursos per càpita a la sanitat pública, amb un valor de 372 dòlars (gràfic 19).

Gràfic 19. Despesa sanitària pública per càpita US\$ PPC, 2007


Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Bèlgica, els Països Baixos, Luxemburg, el Japó ni Portugal.

Com en el cas de la despesa sobre el PIB, la despesa sanitària privada per càpita segons la PPC en dòlars, Espanya se situa per damunt de la mitjana de la Unió Europea dels quinze durant tot el període. En aquests anys, dels països de la Unió Europea dels quinze, Grècia se situa en la primera posició en despesa. D'altra banda, els Estats Units, com a conseqüència del seu sistema sanitari particular basat en les assegurances privades, se situen en el primer lloc, amb una despesa privada per càpita de 3.982 dòlars, que suposa un increment del 21% respecte al 2003.

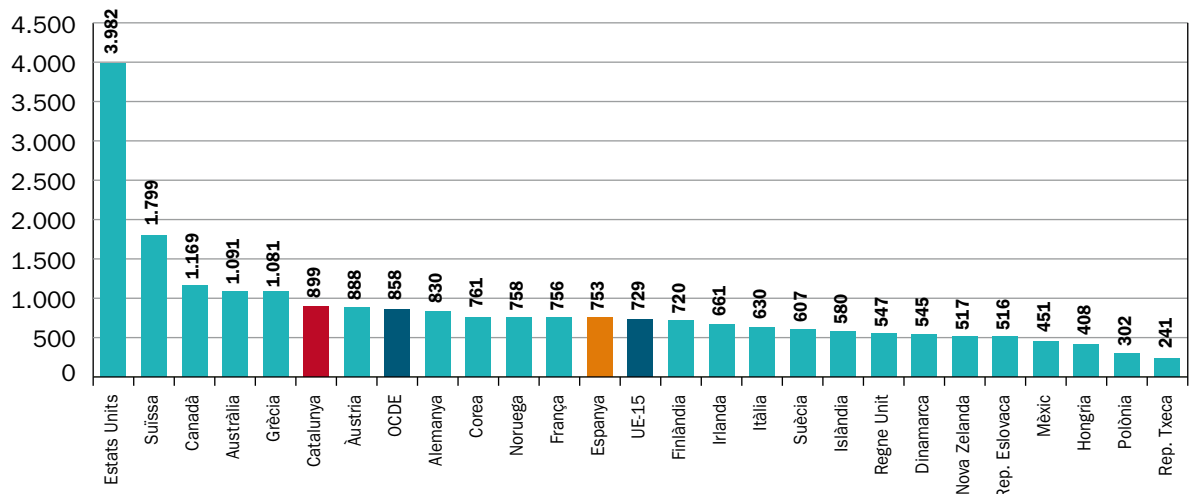

Taula 16. Despesa sanitària privada per càpita en US\$ PPC, 2003 i 2007

	2003	2007		2003	2007		2003	2007
Estats Units	3.280	3.982	Corea	536	761	Islàndia	586	580
Suïssa	1.574	1.799	Noruega	625	758	Regne Unit	462	547
Canadà	913	1.169	França	615	756	Dinamarca	455	545
Austràlia	903	1.091	Espanya	596	753	Nova Zelanda	400	517
Grècia	816	1.081	UE-15	576	729	Rep. Eslovaca	92	516
Catalunya	742	899	Finlàndia	620	720	Mèxic	351	451
Àustria	783	888	Irlanda	562	661	Hongria	349	408
OCDE	662	858	Itàlia	579	630	Polònia	225	302
Alemanya	657	830	Suècia	496	607	Rep. Txeca	137	241

Font: *OECD Health Data 2009* i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Bèlgica, els Països Baixos, Luxemburg, el Japó ni Portugal.

Com en el cas de la valoració de la despesa sobre el PIB, en termes de despesa sanitària privada per càpita en PPC, Catalunya inverteix la seva tònica i se situa per sobre d'Espanya i de la mitjana dels països de la Unió Europea dels quinze, i fins i tot a un nivell lleugerament superior al de la mitjana de l'OCDE. Amb una despesa per càpita de 899 dòlars en el 2007, Catalunya es col·loca en els primers llocs de la Unió Europea dels quinze, per sobre d'Alemanya i França (gràfic 20).

Gràfic 20. Despesa sanitària privada per càpita US\$ PPC, 2007


Font: *OECD Health Data 2009* i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Bèlgica, els Països Baixos, Luxemburg, el Japó ni Portugal.

Finalment, pel que fa a la despesa sanitària total per càpita segons la PPC en dòlars, Espanya se situa en els darrers llocs de la Unió Europea dels quinze, amb un valor en el 2007 de 2.671 dòlars, a una distància d'uns 600 dòlars per càpita de la mitjana de la Unió Europea dels quinze, que es va situar en 3.274 dòlars l'any 2007. Aquesta diferència s'apropa als 900 dòlars considerant la despesa de països com França o Alemanya (taula 17).





Catalunya disposa en el 2007 d'un valor per càpita de 2.712 dòlars, uns 50 dòlars per sobre d'Espanya i uns 550 dòlars per sota de la mitjana europea dels quinze. La diferència amb països amb un PIB per càpita semblant al de Catalunya és força significativa. Amb Alemanya i França hi ha un diferencial d'uns 800 dòlars.

Taula 17. Despesa sanitària per càpita en US\$ PPC, 2003 i 2007

	2003	2007		2003	2007		2003	2007
Estats Units	5.851	7.290	Irlanda	2.521	3.424	Itàlia	2.271	2.686
Noruega	3.837	4.763	Austràlia	2.664	3.357	Espanya	2.017	2.671
Suïssa	3.779	4.417	Suècia	2.829	3.323	Nova Zelanda	1.846	2.454
Canadà	3.066	3.895	Islàndia	3.196	3.319	Corea	1.068	1.688
Països Baixos ¹	3.099	3.837	UE-15	2.661	3.274	Rep. Txeca	1.339	1.626
Àustria	3.200	3.763	OCDE	2.491	3.083	Rep. Eslovaca	792	1.555
França	2.985	3.601	Regne Unit	2.324	2.992	Hongria	1.284	1.388
Bèlgica ¹	3.059	3.595	Finlàndia	2.254	2.840	Polònia	748	1.035
Alemanya	3.088	3.588	Grècia	2.029	2.727	Mèxic	629	823
Dinamarca	2.832	3.512	Catalunya	2.124	2.712			

Font: OECD Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Luxemburg, el Japó ni Portugal.

1. L'OCDE no disposa de la despesa per càpita pública i privada, però sí de la despesa total en salut per càpita US\$ PPC.

En el gràfic 21 es pot veure la despesa sanitària total per càpita en dòlars com a suma de la despesa pública i privada per càpita. Els Estats Units, tot i les particularitats que hem anat apuntant fins al moment, se situen en la primera posició, amb un valor de 7.290 dòlars, mentre que Mèxic, amb 823 dòlars per càpita, ocupa la darrera posició.

En la taula 18 es pot veure un resum dels diferencials per als anys 2003 i 2007 de la despesa pública, la privada i la total en salut per càpita en dòlars PPC, que inclou l'atenció de pacients amb malalties de llarga durada entre Espanya, Catalunya i la Unió Europea dels quinze. Així, tal com ja hem anat veient, aquest diferencial és positiu en el cas de la despesa privada sobretot a Catalunya si la comparem amb la Unió Europea dels quinze, mentre que és negatiu en el cas de la despesa sanitària pública i de la total.

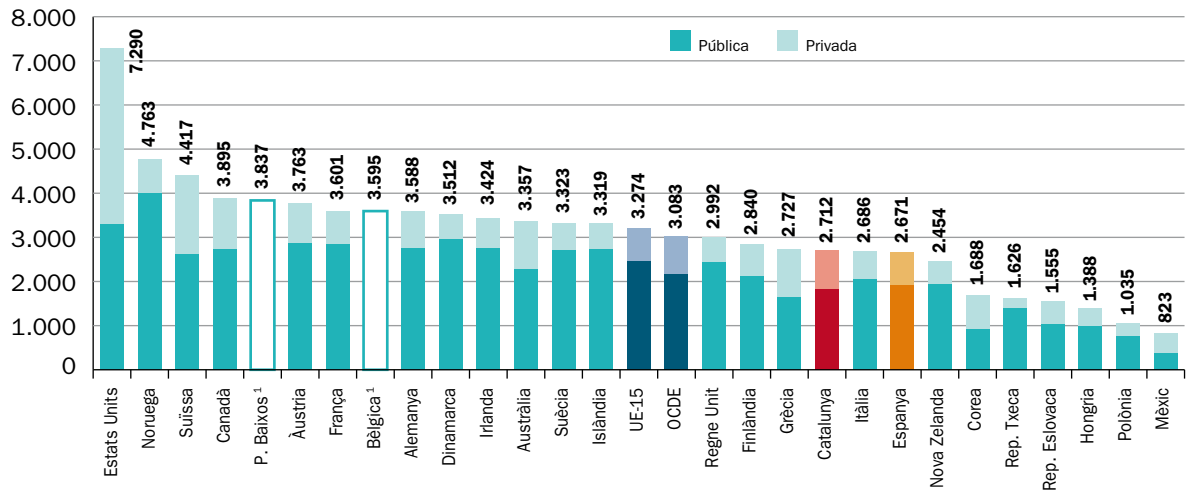
En el cas de Catalunya, la seva despesa sanitària pública per càpita representa, l'any 2007, el 74% de la despesa sanitària pública per càpita dels països de la Unió Europea dels quinze, mentre que en el 2003 era el 68%. La despesa sanitària privada representa el 123% sobre la de la Unió Europea dels quinze. En el cas d'Espanya, observem el mateix patró de comportament que a Catalunya.

La conclusió de tot el que hem exposat fins ara és evident i és implícita en la mateixa descripció dels fets. Espanya i Catalunya estan, en general, per sota de les mitjanes europees en despesa sanitària pública, malgrat l'esforç realitzat en els darrers anys, i per sobre en despesa privada.



El diferencial superior que hi ha entre la despesa pública a Catalunya amb Europa respecte al que té Espanya segurament té força a veure amb els models de finançaments sanitaris de les comunitats autònomes que s'han aplicat fins a l'actualitat, els quals han prioritzat el component poblacional en la distribució de recursos, sense tenir en compte els nivells de renda de cada territori.

Gràfic 21. Despesa sanitària total per càpita US\$ PPC, 2007 (relació pública-privada)



Font: OCDE Health Data 2009 i CatSalut.

L'OCDE no disposa de dades per a Luxemburg, el Japó ni Portugal.

1. L'OCDE no disposa de la despesa pública i privada, però sí de la despesa total en salut per càpita US\$ PPC.

Taula 18. Despesa sanitària per càpita US\$ PPC, 2003 i 2007. Diferencial entre Espanya, Catalunya i la Unió Europea dels quinze

	Pública		Privada		Total	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007
UE-15	2.020	2.464	576	729	2.661	3.274
Espanya	1.421	1.917	596	753	2.017	2.671
Catalunya	1.382	1.813	742	899	2.124	2.712
Diferencial Espanya/UE-15	-599	-547	20	24	-644	-603
Diferencial Catalunya/UE-15	-638	-651	166	170	-537	-562
Diferencial Catalunya/Espanya	-39	-104	146	146	107	41
% Espanya s/ UE-15	70%	78%	103%	103%	76%	82%
% Catalunya s/ UE-15	68%	74%	129%	123%	80%	83%
% Catalunya s/ Espanya	97%	95%	124%	119%	105%	102%

Font: OECD Health Data 2009 i Catsalut.



1.7. La despesa sanitària pública a les comunitats autònomes de l'Estat

La conclusió anterior obre pas a analitzar les dades de la despesa sanitària de les comunitats autònomes com a conseqüència de l'aplicació del model de finançament sanitari vigent durant el període d'anàlisi.

La informació més rellevant de què es disposa sobre la despesa sanitària de les comunitats autònomes correspon a l'*Estadística del gasto sanitario público* (EGSP), que té el seu referent metodològic en la Comptabilitat nacional i, en concret, en el Sistema Europeu de Comptes vigent (SEC-95). Com ja s'ha comentat abans, la informació és coordinada pel Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat a partir de les dades de despesa efectiva o real enviada per les comunitats autònomes.

Observant aquestes dades de l'any 2007, s'aprecia clarament la diversitat dels volums de despesa dels serveis sanitaris.

Taula 19. Despesa sanitària pública responsabilitat dels governs de les comunitats autònomes per persona protegida, 2002-2007

Comunitats autònomes	2002	2003	2004	2005	2006	2007
La Rioja	911,2	996,9	1.111,9	1.231,0	1.553,2	1.876,7
Cantàbria	1.013,3	1.160,4	1.242,3	1.330,6	1.402,8	1.496,3
Extremadura	944,5	1.056,3	1.129,1	1.207,5	1.323,1	1.490,8
País Basc	976,1	1.048,2	1.117,3	1.217,8	1.292,8	1.436,8
Aragó	951,3	1.067,6	1.166,8	1.207,8	1.319,2	1.418,8
Navarra	1.010,7	1.085,5	1.163,2	1.200,5	1.281,2	1.395,5
Astúries	945,5	1.060,7	1.135,4	1.203,6	1.282,7	1.365,3
Múrcia	880,2	972,0	1.059,3	1.136,3	1.211,0	1.326,1
Galícia	902,0	980,3	1.087,5	1.121,3	1.229,1	1.309,1
Castella i Lleó	893,3	1.022,8	1.090,5	1.176,2	1.339,2	1.295,5
Canàries	904,0	994,5	1.040,4	1.144,3	1.213,9	1.291,9
Castella-La Manxa	872,0	933,9	920,1	1.151,1	1.277,5	1.283,1
Catalunya	872,6	959,8	988,1	1.047,2	1.158,2	1.271,5
Illes Balears	784,8	878,8	953,3	1.125,1	1.115,0	1.213,9
Comunitat Valenciana	829,8	917,8	974,1	1.047,0	1.105,8	1.186,8
Madrid	828,8	868,9	978,3	1.023,5	1.089,2	1.184,0
Andalusia	838,8	904,9	974,9	1.022,6	1.108,0	1.163,6
Mitjana	903,5	994,7	1.066,6	1.152,5	1.253,1	1.353,3

Xifres en euros.

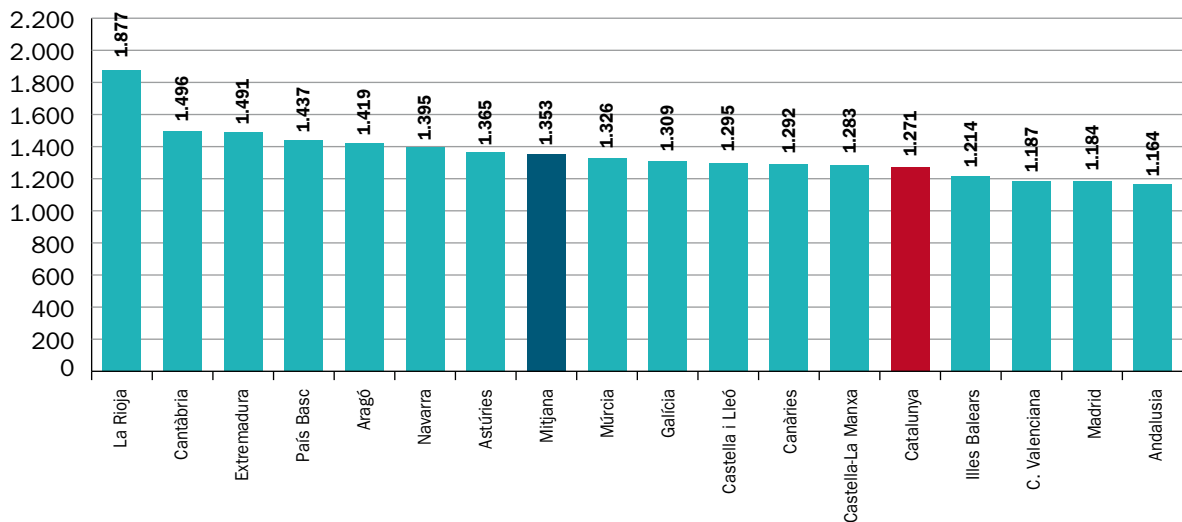
Font: elaboració pròpia a partir de dades del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat.





De manera resumida, podem assenyalar que, pel que fa a les dades de l'any 2007, Catalunya es manté en el tretzè lloc en el rànquing de comunitats autònomes en despesa per càpita igual que l'any 2006, i que els anys anteriors s'ha mantingut en un nivell al voltant del dotzè lloc. Concretament, la despesa sanitària per càpita responsabilitat de la Generalitat de Catalunya de l'any 2007 va ser de 1.271,5 euros, el tretzè més alt de les disset comunitats autònomes, o bé, el que és el mateix, ocupa el lloc cinquè per la cua. Està per sota de la mitjana del conjunt de comunitats, que és de 1.353,3 euros i a 605 euros per càpita de la comunitat de La Rioja, que és la que l'any 2007 va destinar més recursos públics a la salut amb relació a la població protegida.

Gràfic 22. Despesa sanitària pública responsabilitat dels governs de les comunitats autònomes per persona protegida, 2007



Font: elaboració pròpia a partir de dades del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat.

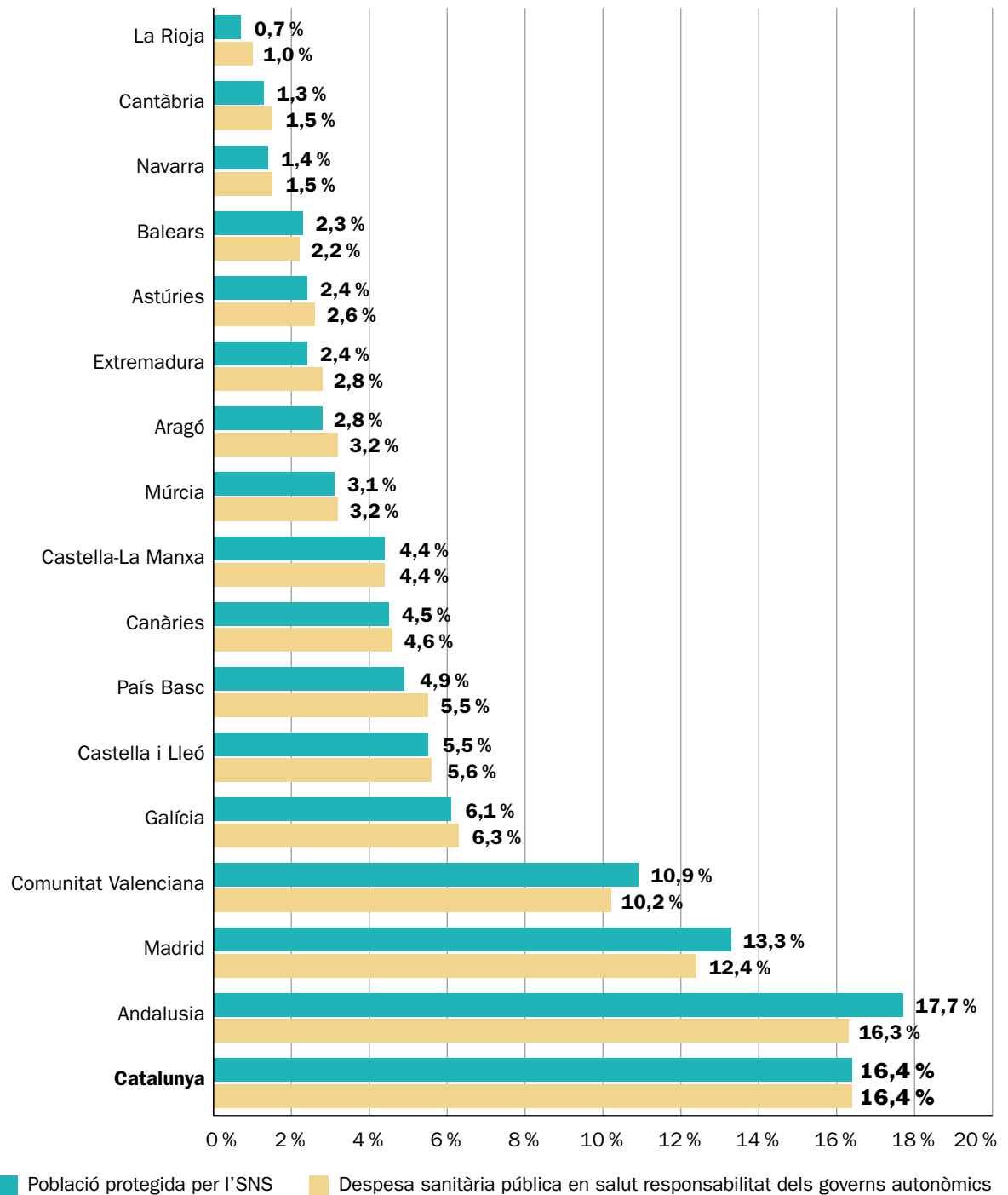
El creixement de la despesa sanitària de Catalunya per al període 2002-2007 és del 46%; el novè pressupost que més ha crescut de les disset comunitats autònomes. Se situa lleugerament per sota de la mitjana del conjunt de comunitats autònomes del període esmentat, que ha estat del 50%. La comunitat que ha crescut més ha estat La Rioja i la que ha crescut menys és Navarra, si bé aquesta l'any 2002 ja partia amb un pressupost molt per sobre de la mitjana.

L'any 2007, la despesa sanitària pública responsabilitat de la Generalitat de Catalunya representa el 16,4% del total de la despesa sanitària pública responsabilitat dels governs autonòmics. Aquest mateix percentatge és el que representa la població catalana protegida per l'SNS sobre el total de població protegida. En un extrem se situen Andalusia, Madrid i la Comunitat Valenciana, on el percentatge de despesa sanitària pública sobre el total és inferior al que suposa el seu percentatge de població protegida, mentre que en l'altre extrem se situen el País Basc i Extremadura, on es dona l'efecte contrari.





Gràfic 23. Percentatge de despesa sanitària pública responsabilitat de les comunitats autònomes sobre el total amb relació al percentatge de població protegida per l'SNS, 2007



Font: elaboració pròpia a partir de dades del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat.





1.8. Algunes conclusions

L'interès per l'estudi del volum ponderat i l'estructura de la despesa sanitària, tant pública com privada, ha esdevingut una preocupació en les darreres dècades, en què els diferents estats no han parat d'invertir esforços. Aquestes iniciatives, però, no s'han portat a terme únicament a escala nacional, sinó que els darrers anys organismes supranacionals com l'Organització Mundial de la Salut, el Banc Mundial o l'OCDE han treballat conjuntament per tal d'integrar les dades de salut en una estadística única.

La despesa sanitària pública a Catalunya l'any 2007 va ser de 10.422,8 milions d'euros; la privada, de 5.170,9 milions d'euros, i la total, de 15.593,8 milions d'euros, la qual cosa vol dir una despesa sanitària sobre el PIB d'un 5,3%, un 2,6% i un 7,9%, respectivament. La despesa sanitària total ha crescut a un ritme més elevat del que ho ha fet el PIB de Catalunya gairebé en tot el període 2003-2007, com demostra la seva taxa mitjana anual acumulada de creixement, que ha estat del 8,7% enfront del 7,6% de la del PIB.

Si es compara la despesa sanitària sobre el PIB de Catalunya amb la dels països de la Unió Europea dels quinze i l'OCDE per a l'any 2007, es pot veure que en el cas de la despesa sanitària pública i total Catalunya es troba per sota de la mitjana de la Unió Europea dels quinze i de l'OCDE, mentre que en el cas de la despesa sanitària privada la situació s'inverteix i Catalunya se situa per sobre. Els mateixos resultats s'obtenen si es fa la comparació en termes de despesa per càpita segons la PPC en dòlars.

En el cas de l'Estat espanyol, per comunitats autònomes, amb la informació disponible només podem comparar la despesa sanitària pública responsabilitat dels governs autonòmics per persona protegida. Així, en aquest rànquing encapçalat per La Rioja, veiem que l'any 2007 Catalunya se situa en el cinquè lloc per la cua.

Tenint en compte tot el conjunt, queda clar que hi ha un biaix més gran de la despesa pública a Catalunya que a Espanya amb relació a Europa. Aquest fet segurament rau en el sistema de finançament sanitari de les comunitats autònomes, que ha primat en la seva distribució el component poblacional sense tenir en compte els nivells de renda respectius. Un sistema de finançament de les comunitats autònomes amb una solidaritat més justa entre Catalunya i la resta d'Espanya podria ajudar a resituar la despesa sanitària del nostre país al nivell que li correspondria d'acord amb el seu nivell de renda. Tot i això, no hi ha dubte que la sanitat catalana continuarà funcionant com fins ara, mantenint el rigor i la qualitat dels serveis i una apreciable acceptació positiva per part dels usuaris.





2. La salut i la seva interrelació amb la resta de sectors productius de Catalunya en el període 2001-2007

2.1. Introducció

En els darrers anys s'ha consolidat la visió de la sanitat com a sector productiu que contribueix al creixement econòmic i que estimula altres sectors econòmics del seu entorn. Aquest reconeixement, però, no ha estat fàcil com a conseqüència de les característiques particulars com a bé públic del sector sanitari i per l'enfocament tradicional de sector lligat a la despesa sanitària.

La sanitat no és un bé de mercat en què funcionin les regles tradicionals de l'oferta i la demanda, sinó que és un sector fortament regulat i intervingut per l'Estat, ja que en un context global tothom coincideix en el fet que no assigna eficientment els seus recursos. Les asimetries d'informació que provoquen demanda induïda, certa opacitat d'informació a l'hora d'avaluar algunes pràctiques mèdiques i els problemes de selecció adversa i risc moral en el mercat de les assegurances són les imperfeccions més comunes del sector sanitari que se solen esmentar habitualment. A més, cal afegir-hi el fet que la salut es considera un bé preferent, essencial per al desenvolupament d'una vida digna, la cobertura de la qual no estaria totalment garantida únicament amb la intervenció privada.

Les darreres dades publicades per l'OCDE mostren que el percentatge del PIB dedicat a la sanitat no ha parat de créixer. La despesa sanitària per càpita s'ha incrementat de mitjana més del 80% en termes reals entre els anys 1990 i 2007 en els països de l'OCDE, i ha sobrepassat amb escreix el creixement que ha experimentat el PIB per càpita (al voltant d'un 37% en aquest mateix període). L'any 1970, la despesa en sanitat representava únicament el 5% del PIB dels països desenvolupats; el 1990, aquesta proporció s'havia incrementat fins al 7% i avui dia, amb dades per a l'any 2007, se situa al voltant del 9%. Aquest comportament es dona en la majoria de països de la OCDE i ha impulsat tota una sèrie de mesures de contenció i control per intentar racionalitzar-ne el creixement.

Tot i les particularitats del sector, cal anar més enllà del vessant de despesa i buscar les seves relacions amb altres sectors del teixit productiu que impulsen el desenvolupament econòmic. L'explotació de les taules input-output i els comptes macroeconòmics ens ofereixen aquesta possibilitat. Així doncs, no només ens interessa conèixer la producció, el valor afegit i l'ocupació que genera l'activitat sanitària, sinó també quins sectors són els més beneficiats amb els augments de demanda del sector sanitari o quins sectors arrossegueu l'activitat i la producció sanitàries.





2.2. El model input-output

Les taules input-output (TIO) són un instrument estadístic que desglossa la producció d'una nació o d'una regió entre els sectors que l'han originada i els sectors que l'han absorbida; per això també reben el nom de taules intersectorials.

El que anomenem *output* designa el producte que surt d'una empresa, indústria o sector, mentre que els *inputs* són els factors o recursos que es requereixen per realitzar aquesta producció. Així, les TIO mostren la producció total de cada sector productiu i quina és la destinació d'aquesta producció: quant d'allò que ha produït és adquirit pel consumidor i quant és adquirit per cadascun dels altres sectors.

La representació principal de les TIO és una taula de doble entrada en què es recullen totes les relacions econòmiques d'una economia durant un període de temps determinat, que generalment és d'un any. Així, aquesta taula creuada d'entrada i sortida representa la base de l'anàlisi input-output. En les columnes de la taula es mostren els recursos d'una economia, mentre que per files es mostren els usos que l'economia dóna a aquests recursos.

En primer lloc, per columnes, es mostra el consum intermedi que cada sector concret fa dels productes elaborats procedents d'altres sectors (tant interns, és a dir, de la pròpia regió, com externs), així com el valor afegit d'aquest sector, que es correspon amb la retribució dels inputs primaris, com el treball o el capital (salaries, beneficis, impostos), a més de les importacions de productes equivalents.

En segon lloc, per files, es mostra quina és la utilització de la producció d'un sector concret, bé sigui com a bé intermedi que adquiriran altres sectors per tal d'incorporar en el seu procés productiu, o com a bé destinat a la demanda final, en forma de consum, inversió o exportacions, entre altres. A més, també podem diferenciar el consum intern, és a dir, dins de la pròpia regió on s'elaboren les taules input-output, de l'extern. En el cas concret de Catalunya, el podem separar tant pel que fa al consum fet a la resta d'Espanya com a l'estranger.

2.3. Les taules input-output de Catalunya i el sector sanitari

A Catalunya s'han elaborat tres taules input-output. La primera, l'any 1967⁶; la segona, el 1987⁷, i la tercera, el 2001. Les dues primeres difereixen de les taules input-output de Catalunya 2001 (TIOC-2001) pel fet d'haver estat promogudes des de la Cambra de Comerç de Barcelona i la universitat. Les TIOC-2001, en canvi, neixen al Parlament de Catalunya en el marc del Pla estadístic i han estat elaborades per l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Les TIOC-2001 tenen com a referència metodològica el SEC-95, que constitueix un marc comptable adequat per millorar el coneixement estructural d'una economia i les seves relacions amb altres economies. Pel que fa als resultats, aquests es presenten en forma de taula de destinació ampliada (TDA) a preus bàsics. Amb la TDA es recull l'equilibri entre usos i recursos, de manera que una única taula quadrada és la base de l'anàlisi. A més, la taula ofereix el valor de la producció per branca d'activitat principal, com a resultat de la suma dels consums intermedis i del valor afegit. Al seu torn, el valor afegit s'elabora a partir de la suma de la remuneració dels inputs primaris, és a dir, remuneració de treball i capital.

Les TIOC-2001 es presenten amb diferents nivells de desagregació (14, 65 i 122 branques). En la versió més àmplia recullen informació per a 122 productes/serveis diferents, 4 dels quals corresponen a l'àmbit sanitari (activitats hospitalàries de mercat; activitats hospitalàries de no-mercat; activitats de consultes mèdiques de mercat, activitats d'odontologia i altres activitats sanitàries, i activitats

6 Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona (1972). *Tabla input-output de la economía catalana. Año 1967*. Barcelona.

7 Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona (1992). *Comptes regionals de l'economia catalana. Taula input-output 1987*. COCINB i Departament de Comerç, Consum i Turisme. Barcelona.





de consultes mèdiques de no-mercat). Aquesta classificació representa una desagregació superior, i per tant la possibilitat d'una anàlisi més profunda i exhaustiva, respecte a les taules input-output anteriors, que únicament diferenciaven entre sanitat destinada a la venda i sanitat no destinada a la venda. En aquesta anàlisi ens centrarem en l'agrupació hospitalària i no hospitalària, d'una banda, i en el total del sector sanitari, de l'altra.

Cal assenyalar que els conceptes de *no-mercat* i *mercat* obeeixen a criteris estàndard i no es poden associar directament amb els conceptes de *públic* i *privat* respectivament. La teoria acceptada en general es va inclinar per diferenciar aquests conceptes considerant fonamentalment el criteri de la titularitat dels centres que proveeixen serveis sanitaris. El criteri d'elaboració de les TIOC-2001 no ha estat una excepció, si bé s'ha relaxat aquest criteri considerant el cas específic de la sanitat a Catalunya.

En efecte, la compra de serveis sanitaris públics a Catalunya es fa en gran mesura mitjançant concerts amb entitats de titularitat diversa. Aquestes entitats, en general, tenen una part majoritària de la seva facturació per activitat realitzada per al sector públic. Per tant, una aplicació restrictiva del criteri basat en la titularitat dels centres ocultaria la important participació econòmica del sector públic en el finançament de la sanitat a Catalunya. Per tal de mantenir un criteri coherent amb aquesta idiosincràsia, les TIOC-2001 han mantingut el criteri de titularitat però considerant com a no-mercat els grans centres hospitalaris amb un percentatge majoritari de facturació provinent del sector públic.

Malgrat aquesta millora de les TIOC-2001 en els conceptes assenyalats, en la major part del document s'ha considerat més encertat analitzar el total del sector sanitat, sense la separació entre mercat i no-mercat, ja que, com s'ha dit, aquests termes no donen una visió prou clara del sector sanitari de Catalunya. El criteri de finançament semblaria més adequat per determinar l'impacte públic o privat dels recursos invertits pels agents sanitaris. De fet, a grans trets i com a petita anàlisi paral·lela a les TIOC, l'Idescat va aproximar per al Departament de Salut els valors de les grans magnituds de la sanitat considerant els criteris "XHUP"⁸ i "no-XHUP" per als hospitals de Catalunya (criteri molt proper al de finançament), i els resultats obtinguts difereixen notablement dels obtinguts en les TIOC-2001. D'aquesta manera, segons el nostre parer, tot i que només és una estimació, el criteri de finançament representat per la separació "XHUP" i "no-XHUP" suposaria una aproximació més fidedigna de la realitat que viu el sector sanitari a Catalunya, si bé, com s'assenyala, el criteri d'anàlisi d'aquest document serà l'oficial, és a dir, l'emprat en l'elaboració de les TIOC-2001.

Les fonts d'informació de les TIOC-2001 per a les activitats sanitàries, són, d'una banda, l'Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI) i els diferents pressupostos sanitaris de les administracions públiques i altra informació d'activitat hospitalària facilitada pel Departament de Salut. D'altra banda, s'han fet enquestes a clíniques privades, a les empreses de transport sanitari i al conglomerat d'altres serveis sanitaris per a les activitats no hospitalàries privades. A més, s'han considerat el consum de serveis sanitaris estimat per les entitats d'assegurança lliure d'assistència sanitària, el consum de serveis sanitaris de les llars segons l'enquesta de pressupostos familiars i el consum estimat d'aquests serveis per part d'altres branques productives.

L'objectiu de l'Administració de la Generalitat és actualitzar regularment la informació de les taules de l'any 2001. La darrera informació publicada correspon a l'actualització de les taules input-output de l'any 2005, que s'emmarquen en la metodologia general del Sistema europeu de comptes i suposen una actualització de la informació recollida en les taules input-output de Catalunya l'any 2001. La font principal d'aquesta posada al dia de la informació són les pròpies TIOC-2001, i les estimacions dels comptes econòmics anuals de Catalunya, obtingudes a partir de la dinamització de les TIOC-2001 efectuada per l'Idescat.

Aquest estudi fa ús de tota aquesta informació, tant dels comptes macroeconòmics de la salut a Catalunya, com d'aquesta primera versió de les TIOC-2005 per a seixanta-cinc branques, així com d'un estudi d'impacte específic per al Departament de Salut elaborat per l'Idescat.

8 Xarxa hospitalària d'utilització pública.





En primer lloc, en aquest apartat de la publicació, presentarem a grans trets la informació macroeconòmica pel sector sanitari en el període 2001-2007 i posteriorment aprofundirem més en cada un dels seus components, principalment els referents a: producció, VAB, consum intermedi i llocs de treball. En segon lloc, emprarem aquests components per al càlcul de les matrius de coeficients tècnics —per tal d'obtenir els efectes d'arrossegament—, la matriu inversa de Leontief i els multiplicadors; tots aquests són elements fonamentals per a l'anàlisi estructural en el marc input-output. Finalment, es presenta l'explotació de l'estudi d'impacte per als anys 2001 i 2005.

2.3.1. Les principals macromagnituds de la salut en el període 2001-2007

Tenint en compte les consideracions enumerades fins ara, en la taula 20 es recull un resum de les magnituds principals pel que fa al sector sanitari —hospitalari i no hospitalari— i al conjunt de l'economia catalana.

Per a l'any 2001, a partir de les TIOC-2001, es recullen el valor del consum intermedi total, el valor afegit brut (VAB) i la producció a preus bàsics del total de les activitats hospitalàries i del conjunt de les activitats no hospitalàries, format per les consultes mèdiques, les activitats d'odontologia i altres activitats sanitàries.

Per als anys següents, 2002-2007, l'Idescat ha estimat aquestes macromagnituds corresponents al sector sanitari i per al total de l'economia catalana, de manera que siguin congruents i, per tant, comparables, amb les de les TIOC-2001.

A grans trets, podem fer diverses consideracions. En primer lloc, l'any 2001, el consum intermedi representava el 34% del total de la producció del sector sanitari, davant el 66% que representava el pes del VAB. Aquest mateix comportament el trobem tant si ens referim a les activitats hospitalàries com a les no hospitalàries. Aquest binomi 34% - 66% es manté pràcticament constant al llarg de tot el període. D'aquesta manera, es constata que el VAB és el component més important dins la producció del sector sanitari català, com era d'esperar en un sector de serveis i encara més en un sector intensiu en mà d'obra qualificada i en què el pes preponderant és la remuneració de l'activitat dels professionals.

Efectivament, s'observa que la remuneració d'assalariats és el factor amb més pes en la composició del VAB sanitari, amb el 73% del total del sector sanitari l'any 2001. Si comparem les activitats hospitalàries amb les no hospitalàries, observem diferències significatives en el pes que representa la remuneració d'assalariats sobre el VAB, ja que en el primer representa un 85% del VAB i en el segon, un 60%. Com en el cas anterior, aquests percentatges únicament experimenten petites variacions en la resta del període 2002-2007.




Taula 20. Consum intermedi, VAB i producció, 2001-2007

Sectors	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Activitats hospitalàries							
Consum intermedi	1.197	1.217	1.364	1.489	1.643	1.821	2.037
Remuneració d'assalariats	1.993	2.174	2.326	2.547	2.755	3.052	3.447
VAB	2.331	2.477	2.769	3.011	3.306	3.674	4.117
Producció	3.529	3.694	4.133	4.500	4.949	5.495	6.153
Llocs de treball totals	69,0	72,6	74,4	79,7	83,1	86,8	91,3
Llocs de treball assalariats	69,0	72,6	74,4	79,7	83,1	86,8	91,3
Activitats no hospitalàries							
Consum intermedi	1.283	1.370	1.512	1.713	1.882	1.947	2.141
Remuneració d'assalariats	1.451	1.542	1.668	1.831	1.969	2.137	2.353
VAB	2.411	2.539	2.750	3.031	3.276	3.553	3.910
Producció	3.694	3.909	4.262	4.744	5.159	5.500	6.051
Llocs de treball totals	57,3	58,7	61,4	64,2	65,4	69,0	71,8
Llocs de treball assalariats	48,0	49,0	50,7	52,8	53,7	56,8	59,6
Total del sector sanitari							
Consum intermedi	2.481	2.587	2.876	3.201	3.525	3.768	4.178
Remuneració d'assalariats	3.444	3.715	3.994	4.378	4.724	5.189	5.799
VAB	4.742	5.016	5.519	6.042	6.582	7.227	8.027
Producció	7.223	7.603	8.396	9.244	10.107	10.995	12.204
Llocs de treball totals	126,3	131,3	135,9	143,8	148,6	155,9	163,1
Llocs de treball assalariats	117,0	121,6	125,2	132,4	136,8	143,6	150,9
Total de l'economia catalana							
Consum intermedi	144.584	151.131	158.064	169.699	185.645	203.005	213.939
Remuneració d'assalariats	65.807	69.445	74.170	78.661	83.943	90.477	97.807
VAB	123.841	131.861	140.827	151.764	162.430	175.278	188.111
Producció	268.425	282.993	298.891	321.463	348.075	378.283	402.050
Llocs de treball totals	3.208,3	3.265,2	3.360,4	3.461,4	3.583,4	3.707,3	3.825,3
Llocs de treball assalariats	2.771,2	2.819,2	2.914,7	3.002,1	3.122,4	3.231,3	3.345,4

Unitats: milions d'euros corrents i milers de llocs de treball.

Font: TIOC-2001 i comptes econòmics anuals de Catalunya 2002-2007. Idescat.





En la taula 21 presentem el pes percentual que representen les dades del total del sector sanitari sobre el total de l'economia catalana en el període 2001-2007. S'observa que totes les macromagnituds han guanyat pes respecte al total de Catalunya en aquest període. El 3,8% del VAB generat a Catalunya l'any 2001 provenia del sector sanitari, mentre que l'any 2007 representa un pes sobre l'economia del 4,3%.

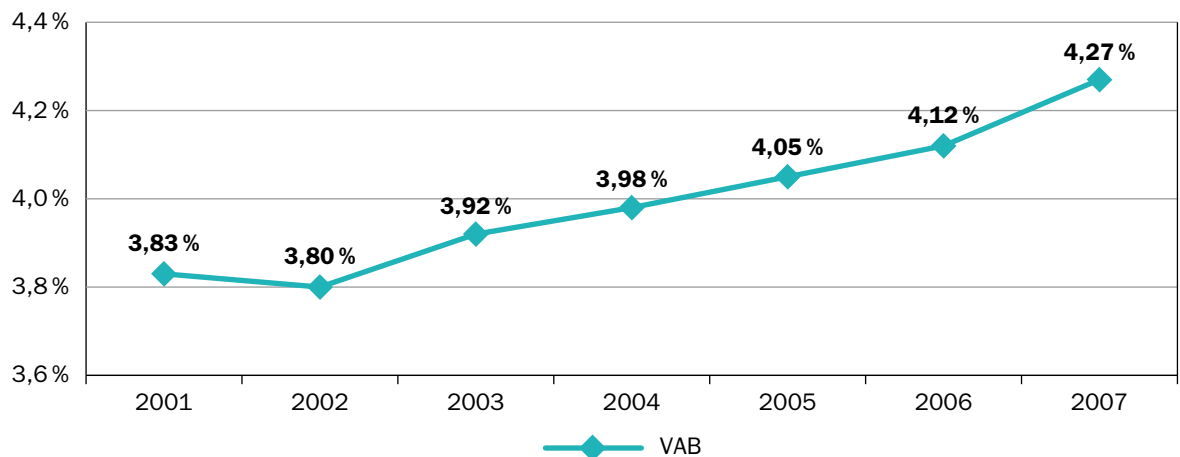
Taula 21. Pes percentual del total del sector sanitari sobre el total de l'economia, 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Consum intermedi	1,72%	1,71%	1,82%	1,89%	1,91%	1,86%	1,95%
Remuneració d'assalariats	5,23%	5,35%	5,38%	5,57%	5,63%	5,73%	5,93%
VAB	3,83%	3,80%	3,92%	3,98%	4,05%	4,12%	4,27%
Producció	2,69%	2,69%	2,81%	2,88%	2,90%	2,91%	3,04%
Llocs de treball totals	3,94%	4,02%	4,04%	4,16%	4,15%	4,20%	4,26%
Llocs de treball assalariats	4,22%	4,31%	4,29%	4,41%	4,38%	4,44%	4,51%

Font: elaboració pròpia a partir de les TIOC-2001 i dels comptes econòmics anuals de Catalunya 2002-2007 (Idescat).

L'evolució del pes VAB del sector sanitari sobre el total de l'economia catalana reflectida en el gràfic 24, mostra un lleuger punt d'inflexió l'any 2002, atès que aquell any el valor del VAB del conjunt de l'economia catalana va créixer gairebé un punt més que el creixement del VAB del sector de la salut. La resta d'anys, el creixement del VAB de la salut ha estat significativament per sobre del creixement del VAB de l'economia (taula 22).

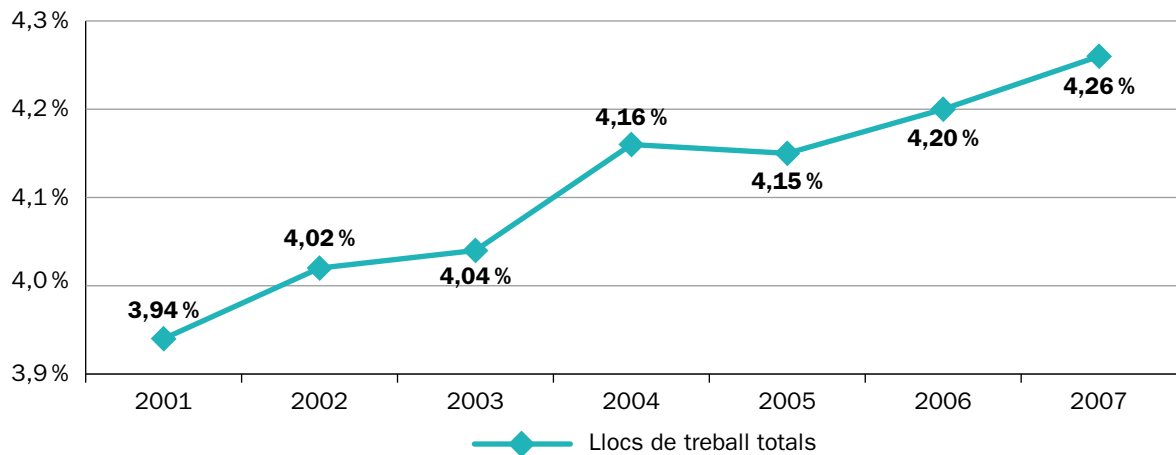
Gràfic 24. VAB del sector sanitari sobre el total de l'economia, 2001-2007



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

En termes agregats, un altre aspecte a destacar en l'anàlisi és que, l'any 2001, aproximadament el 3,9% dels llocs de treball totals de Catalunya corresponien al sector de la sanitat i el percentatge és del voltant del 4,2% si parlem únicament de llocs de treball assalariats. L'any 2007, en canvi, aquestes proporcions van augmentar fins al 4,3% i el 4,5%, respectivament. Aquesta evolució creixent es pot apreciar en el gràfic 25.

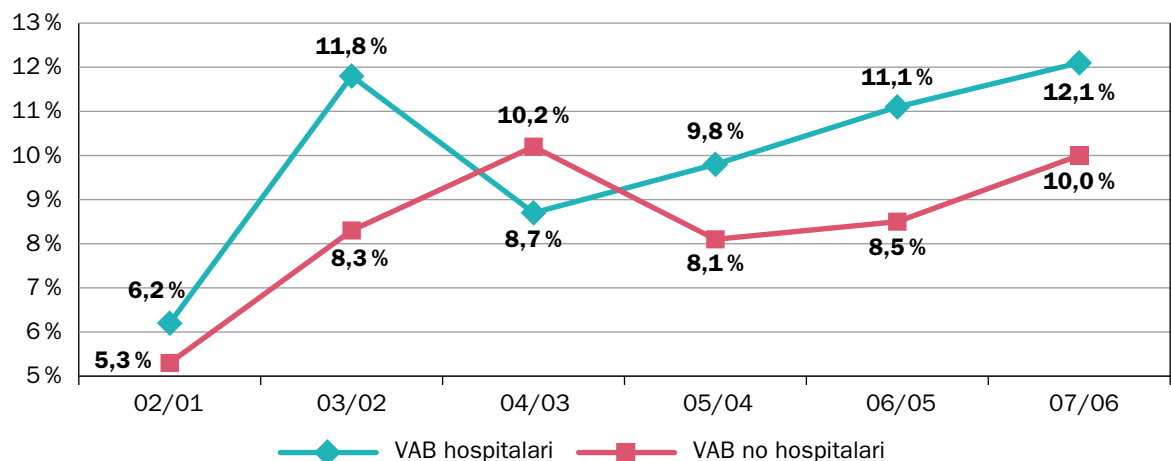



Gràfic 25. Llocs de treball totals de la sanitat sobre el total de l'economia


Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

La taula 22 recull les taxes de variació anuals de cadascuna de les macromagnituds per als sectors sanitari i de l'economia global presents en la taula 20, com també la taxa mitjana anual acumulada de creixement per a cadascun dels conceptes.

A grans trets, destaquem que les activitats hospitalàries registren unes taxes mitjanes anuals acumulades de creixement superiors a les de les activitats no hospitalàries per a les diferents macromagnituds estudiades. Concretament, el VAB hospitalari ha crescut a una taxa mitjana anual acumulada del 9,9%, mentre que el VAB no hospitalari ho ha fet a una taxa del 8,4%. Gairebé al llarg de tot el període, el creixement anual del VAB hospitalari se situa per damunt del no hospitalari.

Gràfic 26. Creixement del VAB hospitalari i no hospitalari, 2001-2007


Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.




Taula 22. Taxes de variació i taxa mitjana anual acumulativa 2001-2007

Sectors	01/02	02/03	03/04	04/05	05/06	07/06	TMAA
Activitats hospitalàries							
Consum intermedi	1,7%	12,1%	9,1%	10,4%	10,8%	11,8%	9,3%
Remuneració d'assalariats	9,1%	7,0%	9,5%	8,2%	10,8%	12,9%	9,6%
VAB	6,2%	11,8%	8,7%	9,8%	11,1%	12,1%	9,9%
Producció	4,7%	11,9%	8,9%	10,0%	11,0%	12,0%	9,7%
Llocs de treball totals	5,3%	2,5%	7,0%	4,4%	4,4%	5,2%	4,8%
Llocs de treball assalariats	5,3%	2,5%	7,0%	4,4%	4,4%	5,2%	4,8%
Activitats no hospitalàries							
Consum intermedi	6,7%	10,4%	13,3%	9,9%	3,4%	10,0%	8,9%
Remuneració d'assalariats	6,2%	8,2%	9,8%	7,5%	8,5%	10,1%	8,4%
VAB	5,3%	8,3%	10,2%	8,1%	8,5%	10,0%	8,4%
Producció	5,8%	9,0%	11,3%	8,7%	6,6%	10,0%	8,6%
Llocs de treball totals	2,3%	4,7%	4,4%	2,0%	5,5%	4,0%	3,8%
Llocs de treball assalariats	2,0%	3,6%	4,0%	1,7%	5,8%	4,9%	3,7%
Total del sector sanitari							
Consum intermedi	4,3%	11,2%	11,3%	10,1%	6,9%	10,9%	9,1%
Remuneració d'assalariats	7,9%	7,5%	9,6%	7,9%	9,8%	11,8%	9,1%
VAB	5,8%	10,0%	9,5%	8,9%	9,8%	11,1%	9,2%
Producció	5,3%	10,4%	10,1%	9,3%	8,8%	11,0%	9,1%
Llocs de treball totals	4,0%	3,5%	5,9%	3,3%	4,9%	4,7%	4,4%
Llocs de treball assalariats	3,9%	2,9%	5,8%	3,3%	5,0%	5,1%	4,3%
Total de l'economia catalana							
Consum intermedi	4,5%	4,6%	7,4%	9,4%	9,4%	5,4%	6,7%
Remuneració d'assalariats	5,5%	6,8%	6,1%	6,7%	7,8%	8,1%	6,8%
VAB	6,5%	6,8%	7,8%	7,0%	7,9%	7,3%	7,2%
Producció	5,4%	5,6%	7,6%	8,3%	8,7%	6,3%	7,0%
Llocs de treball totals	1,8%	2,9%	3,0%	3,5%	3,5%	3,2%	3,0%
Llocs de treball assalariats	1,7%	3,4%	3,0%	4,0%	3,5%	3,5%	3,2%

Font: elaboració pròpia a partir de les TIOC-2001 i dels comptes econòmics anuals de Catalunya 2002-2007 (Idescat).

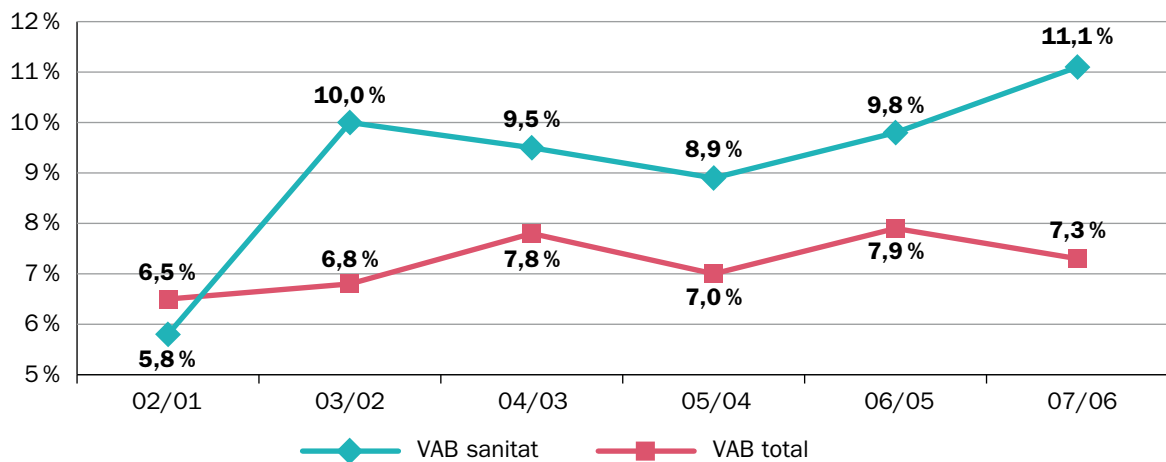




D'altra banda, si comparem els creixements referents a les variables del total del sector sanitari i del total de l'economia catalana per al període analitzat, observem que la taxa mitjana anual acumulada de creixement de la producció de la salut és 2,1 punts superior a la del conjunt de l'economia. Succeeix una cosa semblant si es comparen les taxes de creixement del VAB, el consum intermedi, la remuneració d'assalariats i els llocs de treball totals del sector de la salut. Són totes elles superiors a les del conjunt de l'economia catalana, la qual cosa reflecteix el volum de la inversió en salut realitzada a Catalunya a aquests anys.

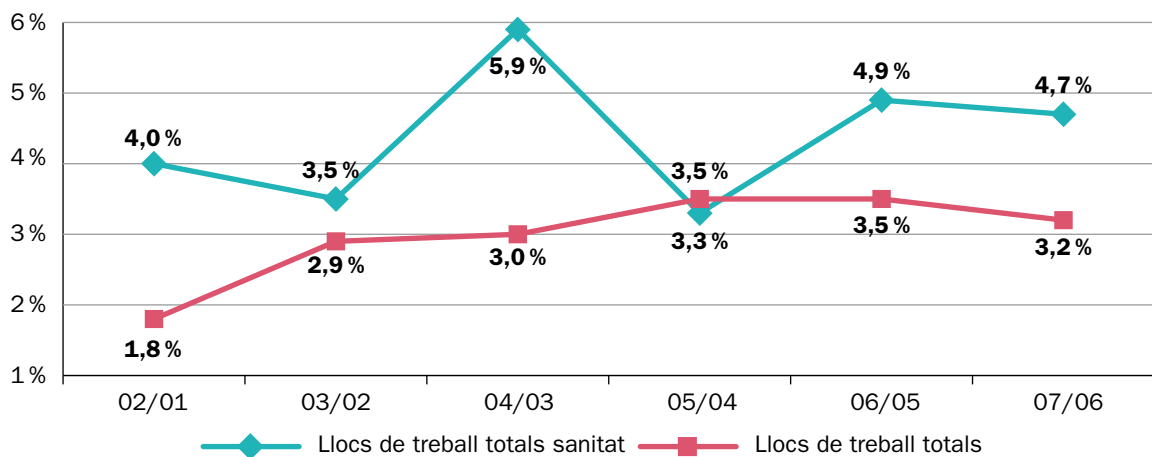
Es pot veure, doncs, que el creixement anual del VAB i el del nombre de llocs de treball totals del sector de la salut han estat en bona part del període superiors a allò que han experimentat aquestes macromagnituds en el total de l'economia catalana (gràfics 27 i 28).

Gràfic 27. Creixement anual del VAB sanitari i del total de l'economia, 2001-2007



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.

Gràfic 28. Creixement dels llocs de treball totals en sanitat i en el total de l'economia, 2001-2007



Font: elaboració pròpia a partir de les fonts indicades.





2.3.2. Les compres del sector sanitari en les TI0C-2001

De l'observació dels fluxos de les compres entre els sectors de les taules input-output del 2001, es desprèn, primerament, que les activitats no hospitalàries se situen com a primer proveïdor de les activitats hospitalàries, i també d'elles mateixes. Aquest fet és lògic si es considera que aquesta branca engloba els laboratoris de proves diagnòstiques, els centres de rehabilitació i els serveis odontològics, entre altres. En segon lloc, s'observa que les compres del sector sanitari són molt àmplies, però es concentren principalment en unes activitats concretes (productes farmacèutics, equips medicoquirúrgics, energia i serveis diversos, com ara el comerç a l'engròs, la gestió empresarial, la neteja o la restauració) (taula 23).

Els resultats observats en els serveis adquirits pel sector sanitari corroboren tant la tendència a l'externalització com el procés de terciarització en què estan immerses la majoria d'economies desenvolupades i gràcies als quals el pes del sector de serveis en el total de l'economia no ha parat de créixer els darrers anys.

Segons la procedència, s'observa que dos dels principals inputs del sector sanitari, els productes farmacèutics i els equips i instruments medicoquirúrgics, provenen majoritàriament de fora de la comunitat de Catalunya (el 84,9% i el 92,5%, respectivament) ja sigui de l'estranger o de la resta de l'Estat, mentre que la majoria de serveis contractats provenen del Principat. Això s'explica perquè l'Estat espanyol és clarament importador d'aquests dos inputs. D'altra banda, si bé gran part de la producció farmacèutica i de material sanitari de l'Estat se centra a Catalunya, la imputació econòmica es realitza als llocs d'emplaçament de les centrals respectives (un percentatge força important, a Madrid), la qual cosa desvirtua en certa mesura l'anàlisi detallada.

Com a particularitat de les compres segons la branca considerada, es pot esmentar que mentre els serveis de restauració i els serveis de recerca i desenvolupament tenen un pes important com a inputs de les activitats hospitalàries, els serveis immobiliaris ho són per a les activitats no hospitalàries, com sembla lògic si considerem la gran quantitat d'establiments que conformen aquesta branca i el fet que els hospitals tenen els edificis en propietat, mentre que els centres i els serveis ambulatoris estan situats majoritàriament en locals de lloguer.





Taula 23. Pes de les compres de les diverses branques sobre el total de les compres de cada branca segons les TIOC-2001

Branques	% sobre total de la branca
Activitats hospitalàries	100,00 %
Activitats no hospitalàries	17,33 %
Fabricació de productes farmacèutics	12,56 %
Fabricació d'equips i instruments medicoquirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	9,95 %
Comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	7,87 %
Activitats industrials de neteja	7,44 %
Fabricació de sabons, perfums i productes d'higiene	6,02 %
Restaurants, establiments de begudes, menjadors col·lectius i provisió de menjars preparats	3,67 %
Activitats jurídiques, comptables i de gestió empresarial	3,43 %
Recerca i desenvolupament	3,22 %
Resta de sectors	28,52 %
Activitats no hospitalàries	100,00 %
Activitats no hospitalàries	44,53 %
Fabricació d'equips i instruments medicoquirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	14,58 %
Comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	7,82 %
Fabricació de productes farmacèutics	7,62 %
Activitats immobiliàries	6,54 %
Activitats industrials de neteja	2,37 %
Activitats jurídiques, comptables i de gestió empresarial	2,37 %
Mediació financera (excepte assegurances i plans de pensions)	2,21 %
Telecomunicacions	1,60 %
Resta de sectors	10,37 %
Sector de la sanitat	100,00 %
Sector sanitat	31,73 %
Fabricació d'equips i instruments medicoquirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	12,40 %
Fabricació de productes farmacèutics	9,94 %
Comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	7,84 %
Activitats industrials de neteja	4,76 %
Activitats immobiliàries	3,72 %
Fabricació de sabons, perfums i productes d'higiene	3,07 %
Activitats jurídiques, comptables i de gestió empresarial	2,87 %
Mediació financera (excepte assegurances i plans de pensions)	2,00 %
Resta de sectors	21,68 %

Font: elaboració pròpia a partir de les TIOC-2001.





A títol il·lustratiu de la destinació de les compres de salut, podem veure l'impacte del pressupost destinat a la salut per part de la Generalitat de Catalunya l'any 2009 sobre els diferents sectors de l'economia catalana.

En la taula 24 s'observa el pressupost de salut agrupat en els grans blocs de destinació de la despesa:

Taula 24. Impacte del pressupost de salut 2009 en l'economia

Sectors	Pressupost 2009	% sobre total
Sous	4.573.785.882,50	48,5%
Farmàcia	2.306.503.173,48	24,5%
Serveis auxiliars	1.449.790.733,72	15,4%
sanitaris	679.060.655,24	7,2%
no sanitaris	770.730.078,49	8,2%
Compra de béns al sector privat	649.072.845,26	6,9%
sanitaris	558.579.518,91	5,9%
no sanitaris	90.493.326,35	1,0%
Obres	360.495.473,43	3,8%
Recerca, desenvolupament i innovació	24.674.068,22	0,3%
Altres	62.151.675,55	0,7%
TOTAL	9.426.473.852,17	100%

Xifres en euros.

Font: elaboració pròpia a partir del pressupost inicial de la Generalitat de Catalunya.

Nota: cadascuna de les grans partides es pot desagregar en els diferents epígrafs que la componen.

- La **farmàcia** inclou la despesa en receptes mèdiques, la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA), la medicació hospitalària i les vacunes.
- Els **serveis auxiliars sanitaris** inclouen oxigenoteràpia, rehabilitació, diagnòstic per la imatge, proves de laboratori i transport sanitari i ajudes a desplaçaments.
- Els **serveis auxiliars no sanitaris** inclouen la neteja i desinfecció, les reparacions i la conservació, els subministraments, la restauració, els serveis informàtics, les comunicacions, la bugaderia, els serveis de professionals independents, la seguretat, els serveis de gestió d'arxius, la gestió de residus, els serveis docents, els serveis bancaris i similars i altres treballs realitzats per altres empreses.
- La **compra de béns sanitaris** al sector privat inclou el consum de material sanitari i aparells mèdics, pròtesis i la inversió en maquinària, instal·lacions i utilitatge mèdic.
- La **compra de béns no sanitaris** al sector privat inclou la compra de material d'oficina i la inversió en estris i mobiliari i en equips de procés de dades i telecomunicacions.
- Les **obres** inclouen la inversió en edificis i terrenys i en construccions i lloguers.
- L'apartat "**altres**" inclou altres despeses d'explotació (com ara les dietes i el fons d'acció social), els tributs i les primes d'assegurances.

Com s'observa, el 48,5% del pressupost de salut de l'any 2009 es va destinar al capítol de sous, ja que, com s'ha dit, el sector de la salut és un sector intensiu en mà d'obra i, a més, amb un alt nivell de qualificació. Per ordre d'importància, a continuació es troba el sector farmacèutic, amb un 24,5%





del total; la compra de serveis auxiliars, amb un 15,4%, i la compra de béns al sector privat, amb un 6,9%. Finalment, les obres, la partida d'R+D+i i l'apartat "altres" van representar el 3,8%, el 0,3% i el 0,7%, respectivament, del total del pressupost de salut de l'any 2009.

2.3.3. Els coeficients d'arrossegament

Els coeficients tècnics⁹ expressen la utilització que qualsevol sector realitza en forma de consum intermedi de béns i serveis procedents d'una branca d'activitat concreta per tal de fabricar una unitat de producte. Aquests coeficients es poden calcular bé mitjançant els consums intermedis interiors dins la pròpia regió o bé mitjançant els consums intermedis totals que fa un sector determinat. D'aquesta manera, es pot analitzar l'impacte interior o bé l'impacte global, que inclouria l'impacte interior dins la pròpia comunitat autònoma, l'extracomunitari, en l'àmbit estatal i l'internacional. En el nostre cas, a causa de les característiques pròpies del sector de serveis, i específicament del sector sanitari, basem tots els càlculs en els coeficients tècnics interiors, que suposen la gran part de l'impacte del sector en l'economia. Això és així perquè ens interessa exclusivament plasmar com el sector de la salut de Catalunya incideix en la resta de sectors en l'àmbit de comunitat autònoma i no en l'estatal o l'internacional.

En els estudis sobre arrossegament entre sectors, és necessari estudiar conjuntament les branques de les quals un sector empra producció (graons previs de la cadena productiva) i les branques a les quals empeny la producció (graons consecutius de la cadena productiva). Així, s'entén per *arrossegament cap endarrere* la capacitat d'una activitat per provocar el desenvolupament d'altres activitats en emprar inputs intermedis provinents d'aquella d'activitat. D'altra banda, s'entén per *arrossegament cap endavant* l'originat quan es desenvolupa una activitat en la qual s'obtenen productes que seran utilitzats posteriorment com a inputs intermedis en el procés de producció per altres branques productives.

Per al cas de la sanitat total, ens interessa, per la seva significació, analitzar el coeficient d'arrossegament cap endarrere, que, d'altra banda, és l'indicador que més aporta per descriure el comportament directe envers altres sectors productius. Disposem de la informació de l'any 2001 a partir de les TIOC i de l'actualització d'aquestes per a l'any 2005. En el sector sanitari, l'arrossegament cap endavant és força baix. Aquesta característica s'explica perquè els serveis sanitaris són en gran mesura serveis destinats a la demanda final i, per tant, no s'empren majoritàriament com a inputs intermedis per a altres processos productius, sinó que són consumits directament pels consumidors finals.

Per a l'any 2001, a partir de les TIOC-2001 desagregades per a 122 branques, s'han agrupat les branques sanitàries, formant el total del sector sanitat, i hem calculat els coeficients tècnics que el representen. La mateixa estratègia s'ha seguit en el cas de la desagregació hospitalària i no hospitalària: en el primer grup s'ha inclòs els hospitals considerats en l'àmbit de mercat i en el de no-mercat i, en el segon, les consultes mèdiques de mercat i no-mercat, les activitats d'odontologia i altres activitats sanitàries.

Per que fa a les dades per a l'any 2005, s'han explotat els valors proporcionats per l'Idescat en l'estudi d'impacte del sector de la salut elaborat per al Departament de Salut.

En els gràfics 29 i 30 podem veure els coeficients d'arrossegament cap endarrere de les activitats hospitalàries, de les activitats no hospitalàries, del total del sector de la sanitat i el coeficient mitjà per a tota l'economia catalana per als anys 2001 i 2005.

El 2001, el coeficient d'arrossegament endarrere de la sanitat es troba en un valor de 0,23, per sota de la mitjana de l'economia catalana, que és de 0,30; aquest és un fet normal dins el sector de serveis, ja que el valor afegit (majoritàriament en forma de sous) té un pes superior al del consum intermedi (compres d'altres branques) en comparació amb els altres sectors productius. Malgrat tot, el valor per a la sanitat no és gens menyspreable, ja que està al mateix nivell d'altres sectors força actius com és el cas del "transport per ferrocarril"; el "comerç al detall";

9 El seu detall es pot consultar en l'annex de fórmules.

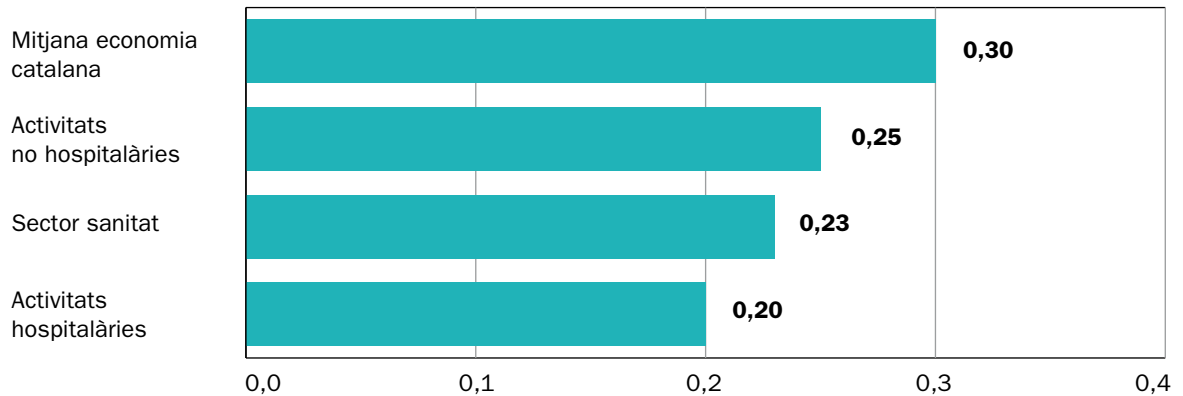




l'“Administració pública, els afers exteriors i la defensa”; els “serveis agrícoles i ramaders i de caça” o bé l'“ensenyament superior”.

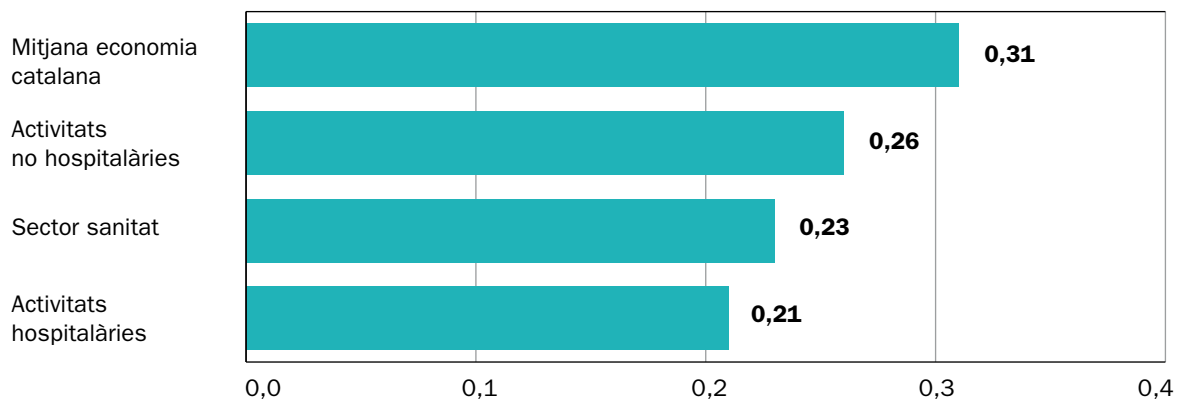
Per a l'any 2005, s'aprecia que tant les activitats hospitalàries com les no hospitalàries augmenten lleugerament el coeficient d'arrossegament cap endarrere, com també ho fa lleugerament el del total del sector sanitari (que passa del 0,230 al 0,234) i el de la mitjana de l'economia catalana.

Gràfic 29. Coeficient d'arrossegament cap endarrere, 2001



Font: elaboració pròpia a partir de les TIOC-2001.

Gràfic 30. Coeficient d'arrossegament cap endarrere, 2005



Font: elaboració pròpia a partir de la informació de l'Idescat i de les TIOC-2005.

Tant per a les activitats hospitalàries com per a les no hospitalàries, els coeficients d'arrossegament cap endavant i cap endarrere són inferiors a la mitjana del conjunt de l'economia. Segons això, cap de les dues branques de la sanitat no es consideraria activitat clau per a l'economia en els termes que empra la terminologia input-output, que considera activitats clau les que tenen efectes d'arrossegament cap endarrere i cap endavant superiors a la mitjana. Com hem dit, les branques sanitàries presenten un grau d'arrossegament cap endarrere superior, la qual cosa ens indica que amb la seva activitat generen una demanda intermèdia que estimula la producció d'altres sectors.





Com ja s'ha comentat, cal tenir present que aquests coeficients d'arrossegament estan calculats únicament sobre la base dels consums intermedis del sector sanitari, quan en els serveis, i molt especialment en els que es consideren dins l'àmbit dels que no estan destinats a la venda, els consums intermedis tenen un volum reduït, ja que és el VAB el component que presenta un pes més elevat.

L'inconvenient més remarcable d'aquests indicadors, però, és que únicament se centren en els efectes directes sobre la resta de sectors, i deixen de banda els efectes indirectes, i és que quan la demanda final d'algun sector o de tots els sectors augmenta en una unitat, a banda de l'efecte immediat sobre el sector en estudi, es produeixen efectes indirectes multiplicadors subsegüents, que també s'haurien de tenir en compte. Aquest fet fa més interessant analitzar els multiplicadors sectorials.

2.3.4. Els multiplicadors

Els multiplicadors ens indiquen l'efecte final sobre la producció de tots els sectors, l'ocupació i el valor afegit d'un increment d'una unitat en la demanda final d'un sector econòmic concret.

Denominem *multiplicador de la producció d'un sector* l'efecte final sobre tots els sectors d'un increment d'una unitat en la demanda final en un sector concret.

En el nostre cas, per a l'any 2001 i seguint l'estratègia utilitzada en el càlcul dels coeficients d'arrossegament, hem explotat la informació de les TIOC-2001. D'altra banda, per al 2005, hem emprat els valors proporcionats per l'Idescat en l'estudi d'impacte del sector de la salut realitzat per al Departament de Salut.

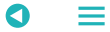
En els gràfics 31 i 32, es mostra el multiplicador de la producció corresponent a les activitats hospitalàries, a les no hospitalàries, al sector de la salut i a la mitjana global per a tota l'economia per als anys 2001 i 2005.

En termes generals, es pot observar en ambdós casos que, si augmentem una unitat de demanda final en qualsevol de les dues branques sanitàries, l'efecte final sobre la producció de la resta de sectors és més petit que el de la mitjana de l'economia.

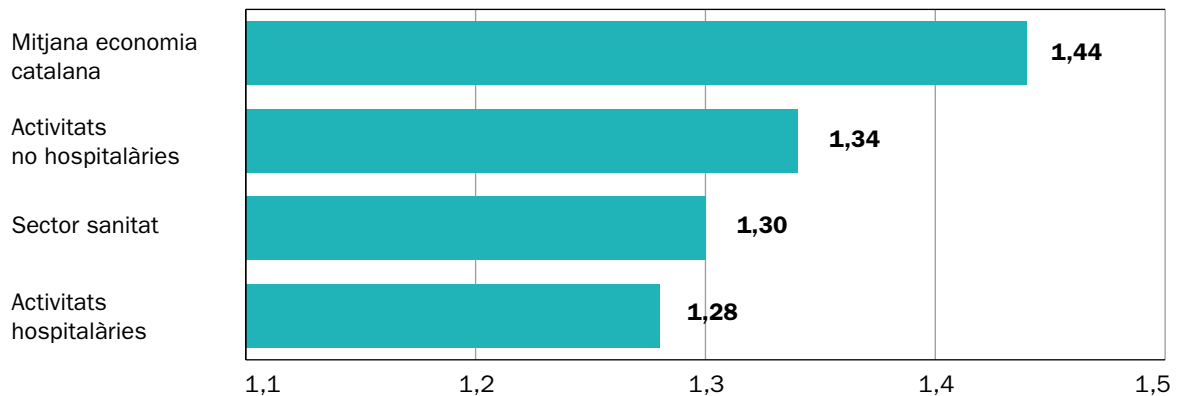
Que el multiplicador de la producció per al sector de la salut de l'any 2005 tingui un valor d'1,32 significa que per cada euro d'increment de la demanda del sector de la salut la producció de tots els sectors de l'economia ha d'augmentar 1,32 euros per tal de poder satisfer aquest increment de demanda.

Els multiplicadors del valor afegit i l'ocupació es calculen a partir de la matriu inversa de Leontief i una matriu diagonal en què es recull el pes que representa el valor afegit o l'ocupació de cada branca, segons el cas, sobre la producció. Així, es pot arribar a quantificar la magnitud d'ocupació activada i el valor afegit brut sectorial generat per una demanda addicional.



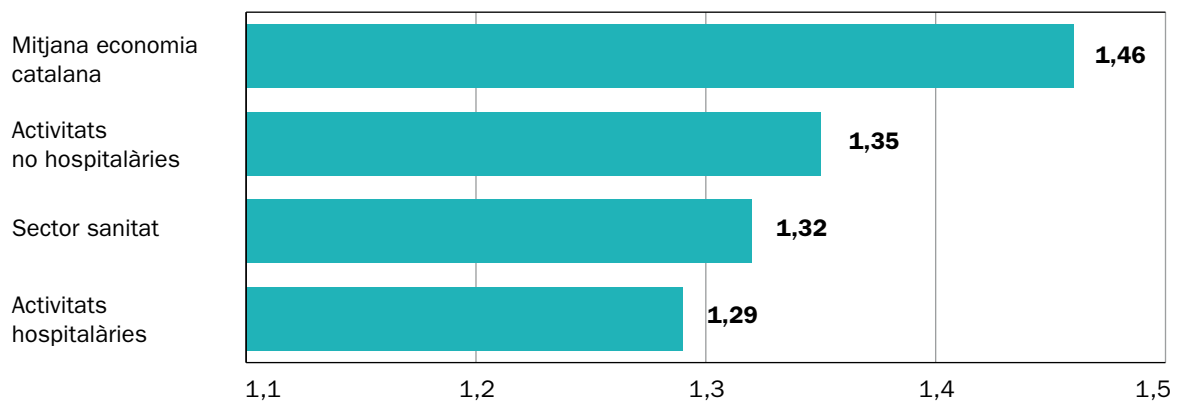


Gràfic 31. Multiplicador interior de la producció, 2001



Font: elaboració pròpia a partir de les TIOC-2001.

Gràfic 32. Multiplicador interior de la producció, 2005



Font: elaboració pròpia a partir de la informació de l'Idescat i de les TIOC-2005.

Al contrari del que passava amb el multiplicador de la producció, per al valor afegit (gràfics 33 i 34) l'efecte multiplicador de la sanitat és molt superior al de la mitjana de l'economia. L'any 2001, per cada euro de demanda addicional del sector sanitari es van generar 0,84 euros de valor afegit en el total de l'economia catalana, mentre que la mitjana per al conjunt de l'economia se situa en 0,66. L'any 2005 els resultats van ser pràcticament idèntics: 0,83 per al sector sanitari i 0,66 per al conjunt de l'economia.

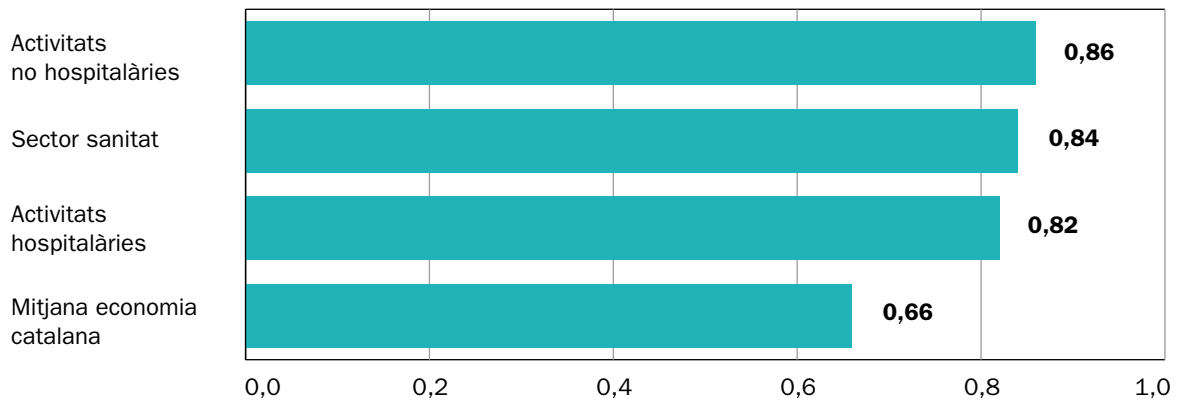
Amb referència al VAB, podem dir que, d'una banda, l'OCDE, en la seva classificació d'activitats pel 2001, defineix com a *activitats d'alt valor afegit* les que incorporen un elevat grau de tecnologia en el cas de la indústria, una major intensitat de coneixement en el cas dels serveis, o tots dos factors alhora¹⁰. La sanitat és considerada, per tant, una activitat d'alt valor afegit, ja que és intensiva en mà d'obra qualificada alhora que intensiva i, en molts casos, estimuladora i creadora de la tecnologia més avançada. D'aquesta manera, no és estrany que el multiplicador del valor afegit del sector sanitari de l'any 2001 sigui un 27% i el de l'any 2005 sigui un 22% superior al multiplicador de la mitjana de l'economia.

¹⁰ Classificació d'activitats basades en el coneixement i la tecnologia establerts per l'OCDE l'any 2001.



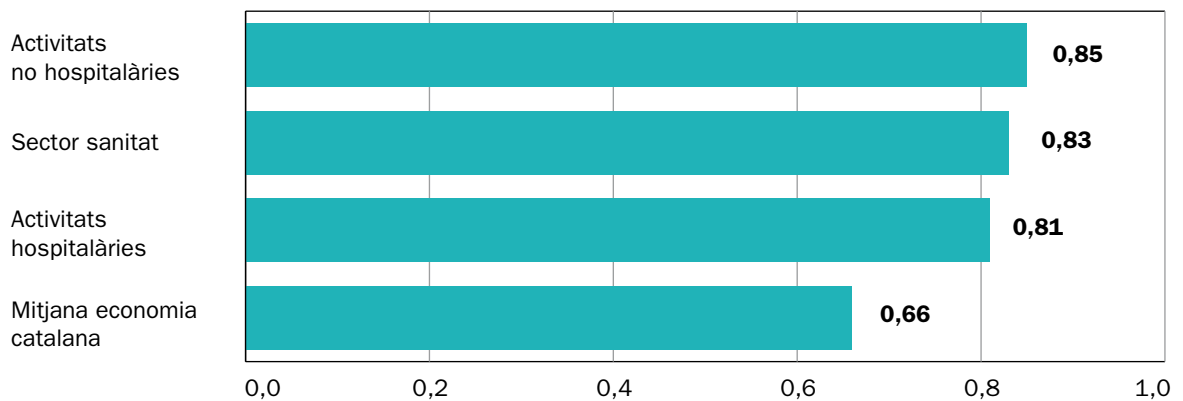


Gràfic 33. Multiplicador interior del valor afegit, 2001



Font: elaboració pròpia a partir de les TIOC-2001.

Gràfic 34. Multiplicador interior del valor afegit, 2005



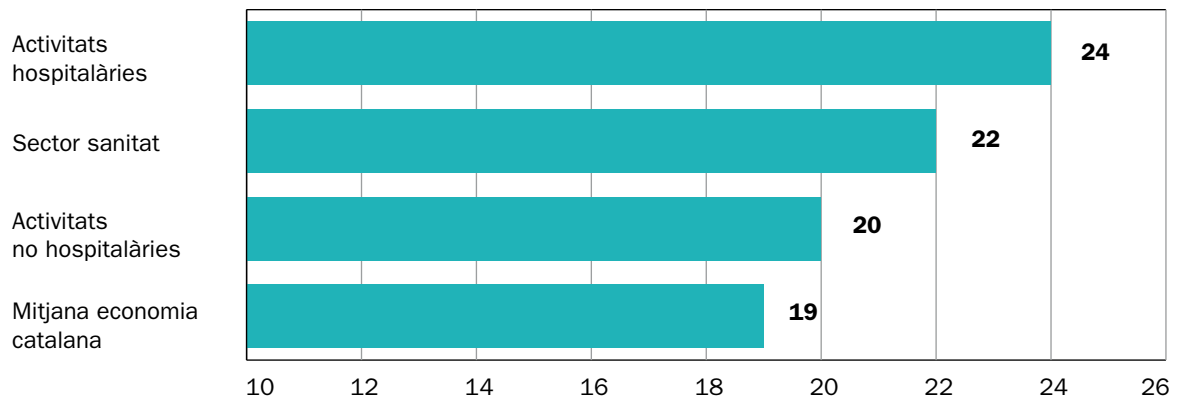
Font: elaboració pròpia a partir de la informació de l'Idescat i de les TIOC-2005.

El multiplicador de l'ocupació l'any 2001 (gràfic 35), tant pel que fa a les activitats hospitalàries com a les activitats no hospitalàries, és superior al de la mitjana de l'economia catalana. Per cada milió d'euros de demanda addicional en el sector sanitari, es generen 22 llocs de treball en el conjunt de l'economia catalana. Es demostra així la importància de la posició relativa que ocupa el sector sanitari quan s'analitzen els llocs de treball equivalents de l'economia catalana. A més, cal tenir en compte el pes important de la remuneració dels assalariats i, per tant, de la mà d'obra en la composició del VAB sanitari. Com ja s'ha dit abans, aquesta mà d'obra qualificada incrementa l'estoc de capital humà del país i en millora la competitivitat.





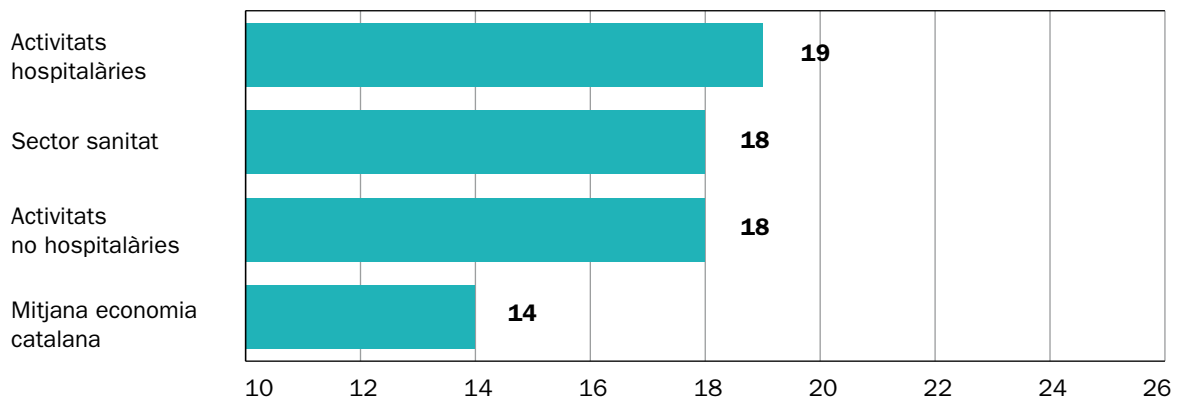
Gràfic 35. Multiplicador interior de l'ocupació, 2001 (per milió d'euros)



Font: elaboració pròpia a partir de les TIOC-2001.

A diferència de la resta de multiplicadors que es mantenen pràcticament constants en els dos anys estudiats, s'observa que per a l'any 2005 els multiplicadors de l'ocupació de les activitats hospitalàries i de l'economia en general disminueixen considerablement. Aquest resultat, segons ens indica l'Idescat, es produeix també en l'àmbit de tot l'Estat.

Gràfic 36. Multiplicador interior de l'ocupació, 2005 (per milió d'euros)



Font: elaboració pròpia a partir de la informació de l'Idescat i de les TIOC-2005.

2.4. Efectes directes i indirectes de les activitats sanitàries en les TIOC 2001 i 2005

A partir de la descomposició dels multiplicadors calculats en l'apartat anterior podem extreure informació més detallada dels efectes directes i induïts de la demanda de salut en els altres sectors.

Si reescrivim el model input-output original emprat, podem identificar i quantificar els efectes directes i els efectes induïts, tant directes com indirectes, de cadascun dels multiplicadors de la producció, el valor afegit i l'ocupació que hem calculat fins al moment. Podem identificar els diferents efectes que ens interessin:

- *L'efecte directe* és la variació inicial del valor de la producció del sector considerat, provocada per l'expansió de la demanda final del propi sector.





- *L'efecte induït directe* és la variació generada per l'expansió de la demanda final d'un sector concret en el valor de la producció dels proveïdors directes d'aquesta activitat. Es correspondria, a nivell unitari, amb el coeficient d'arrossegament cap endarrere.
- *L'efecte induït indirecte* és el valor total de la producció generada sobre els proveïdors indirectes, és a dir el valor de la producció de la cadena total de proveïdors dels proveïdors directes d'un sector concret.

La magnitud de l'efecte induït total s'obté a partir de la suma de l'efecte induït directe i l'indirecte. L'efecte total de l'activitat d'un sector concret sobre la producció de tots els sectors s'obté amb la suma de l'efecte directe i de l'efecte induït total i es correspondria, a nivell unitari, amb els multiplicadors de la producció que hem calculat anteriorment.

Com hem fet en l'apartat anterior per calcular els multiplicadors del valor afegit i de l'ocupació, en aquest cas, l'adaptació del model input-output inicial permet el càlcul dels efectes directes i induïts (directes i indirectes) sobre el VAB i sobre l'ocupació de les diferents branques d'activitat.

Per a l'any 2001 hem aplicat aquest model adaptat a les TIOC-2001 a 122 branques agrupant, de manera anàloga a com hem fet en els apartats anteriors, en les activitats hospitalàries i no hospitalàries, d'una banda, i en el total del sector sanitari, de l'altra. Per a l'any 2005, l'Idescat ha quantificat aquests efectes a partir de les TIOC-2005 a 65 branques, amb la desagregació addicional per a cadascuna de les branques sanitàries.

En les taules següents, 25, 26 i 27, resumim els efectes que tenen les activitats sanitàries sobre la producció, el valor afegit brut i l'ocupació de l'economia catalana.

En la taula 25 veiem que un increment en la demanda final del sector sanitari de 1.000 milers d'euros genera una producció per valor de 1.317 milers d'euros en el conjunt de l'economia catalana l'any 2005 i 1.305 milers d'euros l'any 2001 o, el que seria el mateix, un multiplicador de la producció d'1,32 i 1,30 expressat en termes unitaris. D'aquest efecte total, 1.000 milers d'euros corresponen a l'efecte directe sobre el mateix sector sanitari, 234 i 226 milers d'euros representen l'efecte induït directe sobre els proveïdors directes del sector sanitari el 2005 i el 2001, el que seria equivalent al coeficient d'arrossegament cap endarrere en termes unitaris, i, finalment, 83 i 79 milers d'euros corresponen a l'efecte induït indirecte sobre tots els proveïdors subsegüents dels proveïdors directes, respectivament cada any.

Taula 25. Efecte sobre la producció de l'economia de les activitats sanitàries

	TIOC-2001			TIOC-2005		
	Activitats hospitalàries	Activitats no hospitalàries	Sector sanitari	Activitats hospitalàries	Activitats no hospitalàries	Sector sanitari
1. Efecte directe	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
2.1. Efecte induït directe	201	249	226	208	259	234
2.2. Efecte induït indirecte	75	88	79	79	95	83
2. Efecte induït total	277	337	305	287	354	317
3. Efecte total	1.277	1.337	1.305	1.287	1.354	1.317

Nota: el valor de l'efecte inicial en la demanda final de la branca és de 1.000 milers d'euros els anys 2001 i 2005.

Xifres en milers d'euros.

Font: elaboració pròpia i Idescat.





De manera anàloga, podem veure que l'any 2005 l'efecte total d'un increment de demanda final és més gran en les activitats no hospitalàries, uns 1.354 milers d'euros (o un multiplicador d'1,35 en termes unitaris), que en les activitats hospitalàries amb 1.287 milers d'euros (o un multiplicador unitari d'1,29). La mateixa tendència s'observa l'any 2001. En general, es pot observar que per a les dues branques sanitàries i per al total del sector, i per a cada un dels efectes per separat, l'any 2005 s'experimenta un lleuger increment respecte al 2001, o, dit d'una altra manera, l'any 2005 un increment de la demanda final del sector sanitari, i dels seus subsectors, és capaç d'estimular més la producció de l'economia catalana en el seu conjunt del que ho era l'any 2001.

Cal apuntar que, tot i que el total del sector sanitari engloba les activitats hospitalàries i les no hospitalàries, l'efecte de l'increment unitari de demanda final en el sector sanitari no es pot calcular directament com a suma dels efectes obtinguts en les activitats hospitalàries i les no hospitalàries, sinó que, aproximadament es podria obtenir com a *mitjana* d'aquests dos efectes. Quan parlem d'un increment unitari de demanda en el conjunt del sector sanitari no és equivalent a dir un increment unitari de demanda en les activitats hospitalàries i un en les activitats no hospitalàries, sinó que hem de pensar que aquest increment de demanda unitari en el sector sanitari es distribuiria entre els dos subsectors. Dit d'una altra manera, i només aproximadament, podríem dir que un increment unitari de demanda final en les activitats hospitalàries i un altre increment unitari de demanda en les activitats no hospitalàries serien equivalents a dos increments unitaris de demanda en el total del sector de la salut.

Pel que fa al valor afegit, en la taula 26 veiem que un increment en la demanda final del sector sanitari de 1.000 milers d'euros, l'any 2005 genera 829 milers d'euros de valor afegit en el conjunt de l'economia catalana, o el que seria el mateix, un multiplicador del valor afegit de 0,83 expressat en termes unitaris. Aquest efecte total es reparteix, per a l'any 2005 en 653 milers d'euros de valor afegit en el mateix sector sanitari, 133 milers d'euros de valor afegit sobre els proveïdors directes del sector sanitari, i finalment, 43 milers d'euros de valor afegit sobre tots els proveïdors subsegüents dels proveïdors directes del sector de la salut.

Taula 26. Efecte sobre el VAB de l'economia de les activitats sanitàries

	TIOC-2001			TIOC-2005		
	Activitats hospitalàries	Activitats no hospitalàries	Sector sanitari	Activitats hospitalàries	Activitats no hospitalàries	Sector sanitari
1. Efecte directe	661	653	657	661	645	653
2.1. Efecte induït directe	116	158	138	107	157	133
2.2. Efecte induït indirecte	39	50	42	40	52	43
2. Efecte induït total	156	208	180	147	210	176
3. Efecte total	816	861	837	808	855	829

Xifres en milers d'euros.

Font: elaboració pròpia i Idescat.

Si comparem els resultats de les activitats hospitalàries i les no hospitalàries, davant d'un augment de la demanda final de la branca en concret de 1.000 milers d'euros, l'any 2005 les activitats hospitalàries generen 808 milers d'euros de valor afegit en el total de l'economia catalana, mentre que les activitats no hospitalàries en generen 855. D'aquests, 661 i 645 són generats, respectivament, en la mateixa branca, mentre que 147 i 210 són induïts tant directament com indirectament en la resta de sectors proveïdors de cada una de les activitats sanitàries. En general, tot i que els efectes són lleugerament inferiors el 2005 que el 2001, podem dir que aquestes diferències són poc significatives i que l'activitat del sector sanitari manté la seva capacitat de crear valor afegit en l'economia catalana que tenia l'any 2001.





Pel que fa a l'ocupació, en la taula 27 veiem que, l'any 2005, un increment en la demanda final del sector sanitari d'un milió d'euros genera 18 llocs de treball en el conjunt de l'economia catalana, o el que seria el mateix, un multiplicador de l'ocupació de 18 llocs de treball. Si descomponem aquest efecte total, es creen 15 llocs de treball en el propi sector sanitari, 3 llocs de treball en els sectors proveïdors directes del sector sanitari i, finalment, 1 lloc de treball en tots els sectors proveïdors subsegüents dels proveïdors directes del sector de la salut.

Taula 27. Efecte sobre l'ocupació de l'economia de les activitats sanitàries

	TIOC-2001			TIOC-2005		
	Activitats hospitalàries	Activitats no hospitalàries	Sector sanitat	Activitats hospitalàries	Activitats no hospitalàries	Sector sanitat
1. Efecte directe	20	16	17	15	14	15
2.1. Efecte induït directe	4	3	4	3	3	3
2.2. Efecte induït indirecte	1	1	1	1	1	1
2. Efecte induït total	4	5	5	3	4	4
3. Efecte total	24	20	22	19	18	18

En ocupats per milió d'euros.

Font: elaboració pròpia i Idescat.

Si comparem els resultats de les activitats hospitalàries i de les no hospitalàries l'any 2005, al contrari del que observàvem en el cas de la producció i el valor afegit, en aquest cas, i davant d'un augment de la demanda final de la branca en concret d'un milió d'euros, les activitats hospitalàries creen 19 llocs de treball en el total de l'economia catalana, mentre que les activitats no hospitalàries en creen 18.

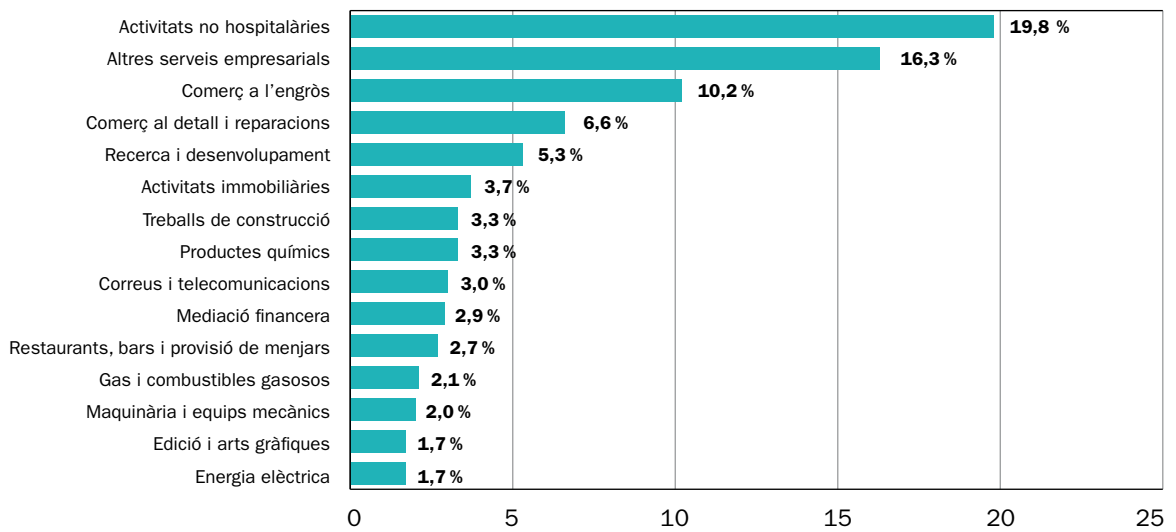
A continuació veurem com es distribueix per a l'any 2005 l'impacte induït total en la producció de les 15 branques més beneficiades, és a dir, quin efecte sobre la producció dels proveïdors directes i indirectes té un increment de demanda final en les activitats hospitalàries, les no hospitalàries i del total del sector sanitari, respectivament.

Si analitzem l'impacte induït total de les activitats hospitalàries sobre la producció, podem observar que la branca amb més pes relatiu són les activitats no hospitalàries, en què recau el 19,8% d'aquest impacte total. Aquest resultat no és d'estranyar, ja que les activitats no hospitalàries inclouen les consultes mèdiques, les activitats d'odontologia i altres activitats sanitàries, com poden ser els gabinets de proves diagnòstiques o els serveis de rehabilitació, totes elles molt lligades a la producció de la branca hospitalària. Continua, per pes sobre el total, el sector d'altres serveis empresarials, amb un 16,3%, i el comerç a l'engròs, amb un 10,2%. Ocupen també un lloc destacat la recerca i el desenvolupament (5,3%) i els productes químics (3,3%), ja que inclouen els productes farmacèutics i la restauració (2,7%).





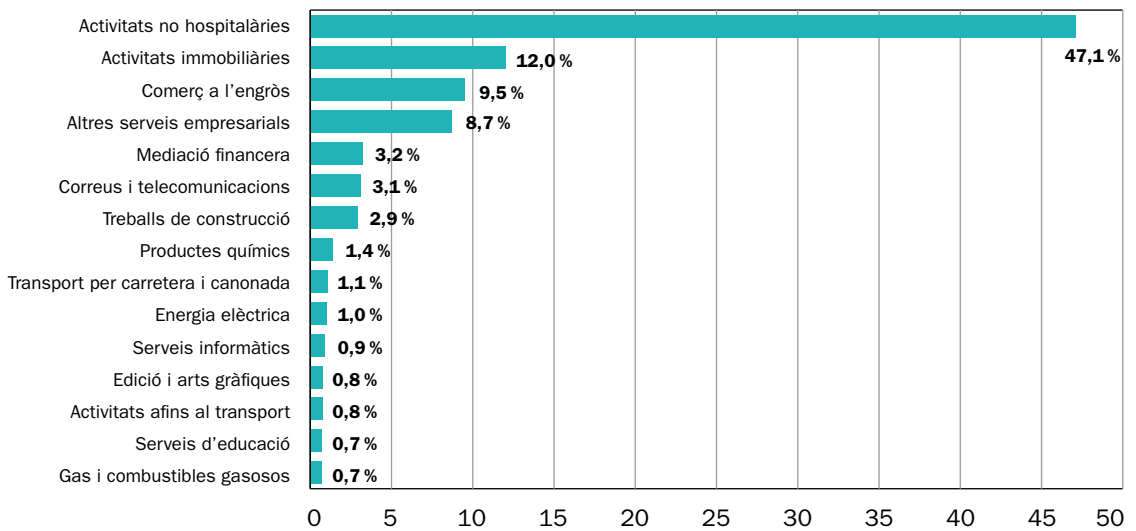
Gràfic 37. Impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) de les activitats hospitalàries, 2005



En % sobre l'impacte induït total.
Font: Idescat.

Pel que fa al cas de les activitats no hospitalàries, la branca més beneficiada és ella mateixa, amb un 47,1% de l'impacte induït total. La segueixen a molta distància les activitats immobiliàries (12%) i el comerç a l'engròs (9,5%).

Gràfic 38. Impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) de les activitats no hospitalàries, 2005



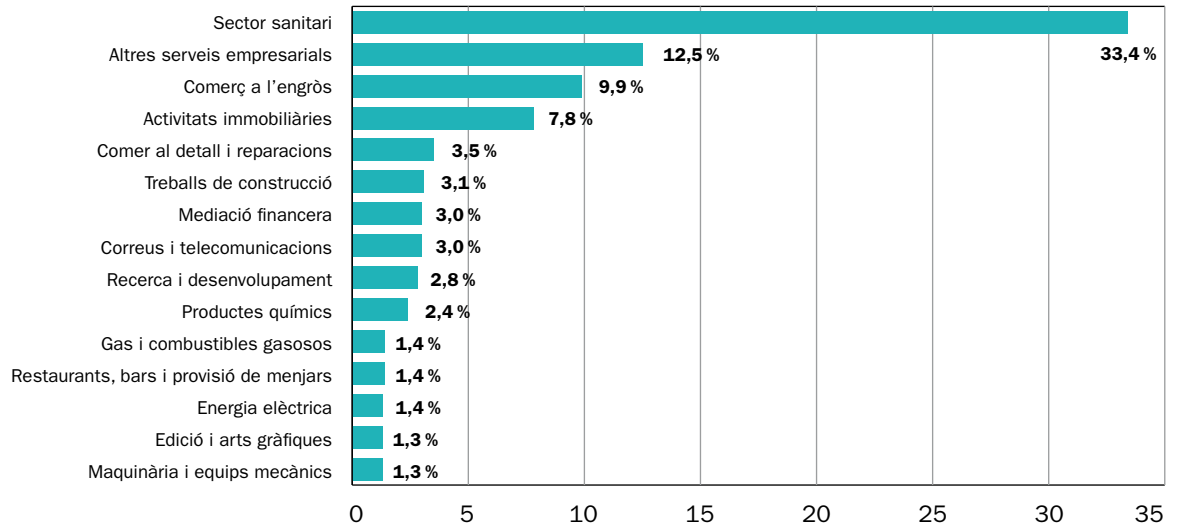
En % sobre l'impacte induït total.
Font: Idescat.

Si ens fixem en el sector sanitari com a conjunt, el sector més beneficiat és ell mateix, ja que compta amb un 33,4% de l'impacte induït total. A continuació trobem el sector d'altres serveis empresarials, amb un 12,5%, i el del comerç a l'engròs, amb un 9,9%.





Gràfic 39. Impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) del sector sanitari, 2005

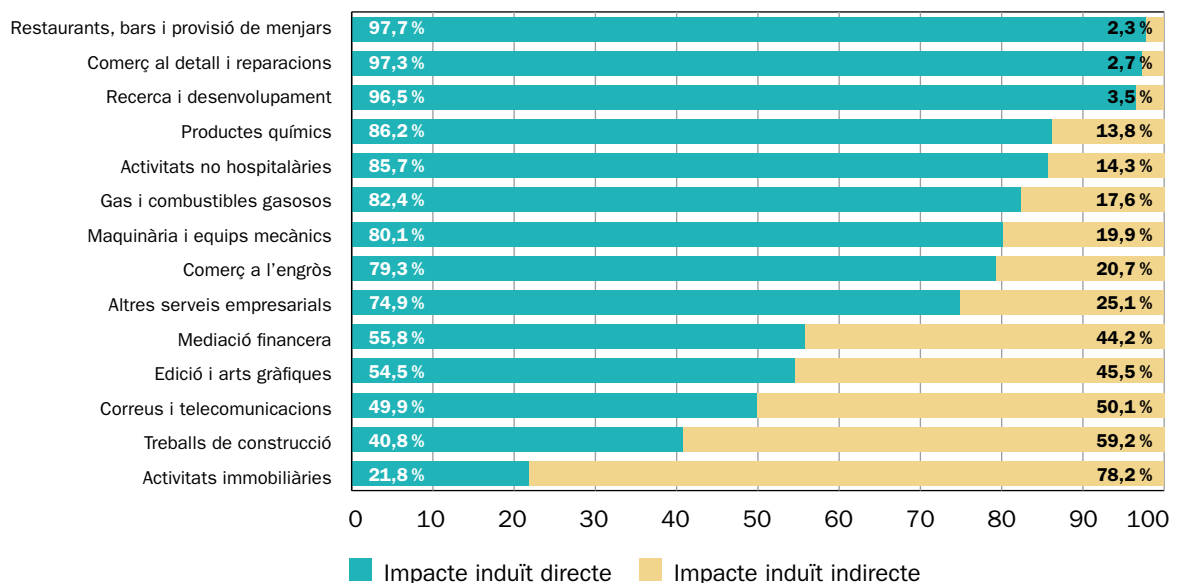


En % sobre l'impacte induït total.
Font: Idescat.

Finalment, en els gràfics 40, 41 i 42 mostrem quina és la distribució de l'impacte induït total, distingint entre impacte induït directe i indirecte, sobre la producció de les 15 branques més beneficiades davant d'un increment de demanda en les activitats hospitalàries, les no hospitalàries i el total del sector de la sanitat, respectivament.

Pel que fa a les activitats hospitalàries, observem que, del total d'impacte induït que reben les activitats de restauració, un 97,7% és directe. A continuació, trobem el comerç al detall, amb un 97,3% d'impacte directe; la recerca i el desenvolupament, amb un 96,5%; els productes químics (en què s'inclouen els productes farmacèutics), amb un 86,2%, i les activitats no hospitalàries, amb un 85,7%.

Gràfic 40. Distribució de l'impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) de les activitats hospitalàries, 2005



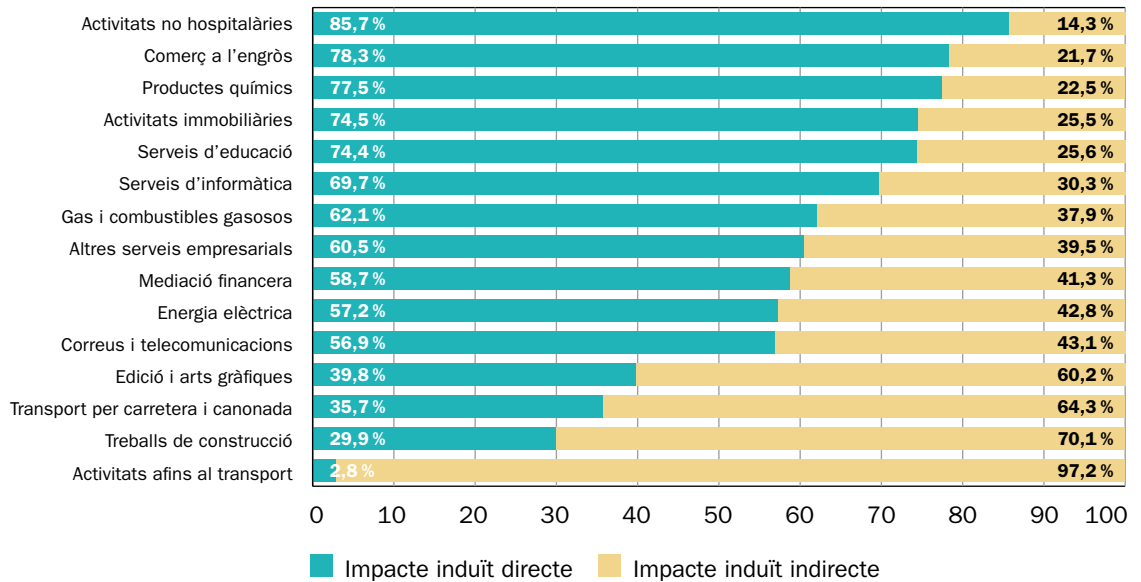
En % sobre l'impacte induït total.
Font: Idescat.





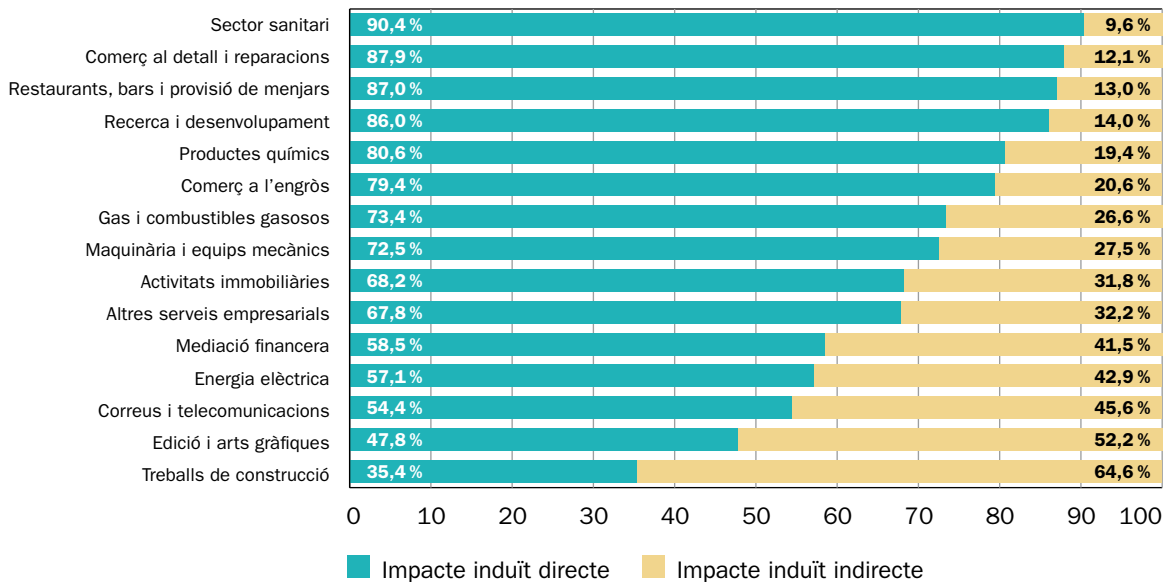
Pel que fa a les activitats no hospitalàries, es beneficien de manera directa del 85,7% de l'impacte induït total que elles mateixes es generen, seguides de l'activitat del comerç a l'engròs, amb un 78,3%; els productes químics, amb un 77,5%; les activitats immobiliàries, amb un 74,5%, i els serveis d'educació, amb un 74,4%. Finalment, per al total del sector sanitari, del total d'impacte induït que rep ell mateix, el 90,4% és directe.

Gràfic 41. Distribució de l'impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) de les activitats no hospitalàries, 2005



En % sobre l'impacte induït total.
Font: Idescat.

Gràfic 42. Distribució de l'impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) del sector sanitari, 2005



En % sobre l'impacte induït total.
Font: Idescat.





2.5. Algunes conclusions

Les taules input-output han esdevingut una eina fonamental en l'anàlisi de les relacions intersectorials d'una regió, tant dins de les pròpies fronteres del país com amb l'exterior. Al mateix temps, s'han consolidat com un instrument útil per fer prediccions de creixement.

Les TIOC-2001 en la seva versió de màxima desagregació ens ofereixen la possibilitat d'analitzar el sector sanitari i les seves relacions amb la resta de sectors de l'economia catalana de manera més exhaustiva i precisa del que fins al moment cap de les taules anteriors ens havien permès fer-ho. Tot i això, cal tenir en compte que el criteri de titularitat dels centres sanitaris emprat per tal de separar les activitats sanitàries de mercat (el que es consideraria sanitat privada) i les activitats sanitàries de no-mercat (consideració de sanitat pública) podria estar amagant la participació real del sector públic. Com a conseqüència d'això, hem pres la decisió de focalitzar la nostra anàlisi en el total del sector sanitari i en la separació entre activitats hospitalàries, tan de mercat com de no-mercat, i activitats no hospitalàries. Tot i això, la possibilitat de poder classificar l'activitat sanitària emprant un criteri de finançament, identificant els centres de la XHUP com a sanitat pública i els centres que no pertanyen a la XHUP com a sanitat privada, suposaria apropar-nos més a la realitat del sector.

La darrera informació publicada correspon a les TIOC-2005, que són una actualització de la informació recollida en les TIOC-2001. L'Idescat ha publicat una primera versió de les TIOC-2005 a 65 branques i ha elaborat, també per a l'any 2005, un estudi d'impacte del sector sanitari per separat específic per al Departament de Salut, és a dir, aïllant la salut de les activitats de serveis socials i de serveis veterinaris.

El VAB es presenta com l'element principal ja que, d'una banda, els consums intermedis representen, durant tot el període 2001-2007, al voltant del 34% de la producció del sector sanitari en front del 66% que representa el VAB i, de l'altra, el VAB generat en el sector sanitari representa l'any 2007 el 4,27% del VAB generat interiorment a Catalunya.

El sector sanitari concentra les seves compres en uns quants sectors: material medicoquirúrgic, productes farmacèutics, energia i serveis diversos, com ara el comerç a l'engròs, la neteja, la restauració i la gestió empresarial. Segons l'origen geogràfic, mentre que els serveis i l'energia provenen de l'interior de Catalunya, els productes farmacèutics i els aparells medicoquirúrgics són adquirits majoritàriament fora del nostre territori.

Basant-nos en els coeficients d'arrossegament de Chenery-Watanabe, el sector sanitari presenta capacitat d'arrossegament cap enrere i, per tant, una certa capacitat per estimular la producció dels sectors els productes dels quals li serveixen com a inputs, mentre la seva capacitat d'arrossegament cap endavant, com en la majoria de serveis no manufacturats destinats a la demanda final és petita. En el fons, però, el consum final de serveis sanitaris també té un impacte sobre els inputs d'altres sectors com ara, per exemple, el treball. Així, tal com apunten nombroses publicacions¹¹, una anàlisi de l'impacte del sector de la salut en l'economia hauria de tenir en compte també la funció recuperadora de la força de treball gràcies a la utilització dels serveis sanitaris i els efectes positius tant en la productivitat com en la pròpia oferta de treball que té una millora (o la recuperació) de la salut de la població.

Tot i això, cal esmentar que tots aquests coeficients estan calculats sobre la base dels consums intermedis dels sectors sanitaris, però en l'àmbit dels serveis, i molt especialment en els que no estan destinats a la venda, els consums intermedis tenen un volum reduït, ja que és el VAB el component que presenta un pes més elevat.

Finalment, hem analitzat els multiplicadors. Destaquen els multiplicadors del valor afegit i l'ocupació amb valors superiors a la mitjana de l'economia, tant l'any 2001 com el 2005. Sectors considerats clau com la publicitat o les obres d'enginyeria civil presenten multiplicadors de producció lleugerament

11 SUHRCKE, M. et al. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Direcció General de Salut i Protecció del Consumidor. Comissió Europea. Agost del 2005. Aquesta publicació de la Comissió Europea és un recull exhaustiu de la bibliografia existent en els països desenvolupats sobre la contribució, per diferents vies, de la salut a l'economia.





superiors als del sector sanitari i, en canvi, multiplicadors de valor afegit molt inferiors. D'aquesta manera, es reforça el fet apuntat en el paràgraf anterior sobre el pes del VAB en el total de la producció dels sectors sanitaris. La sanitat és, per tant, una activitat d'alt valor afegit, intensiva en mà d'obra qualificada i coneixements que, amb unes particularitats especials, pot ser considerada tan valuosa com qualsevol dels sectors industrials que han estat classificats com a sectors clau en la nostra economia.





3. Bibliografia

ARTÍS, M. *et al.* “L’aportació del sector sanitari a l’economia catalana”. *Estudis Caixa Catalunya*, núm. 005. Caixa Catalunya. Barcelona, novembre del 2007.

CAMBRA OFICIAL DE COMERÇ, INDÚSTRIA I NAVEGACIÓ DE BARCELONA. *Tabla input-output de la economia catalana*. Any 1967. Barcelona, 1972.

CAMBRA OFICIAL DE COMERÇ, INDÚSTRIA I NAVEGACIÓ DE BARCELONA I DEPARTAMENT DE COMERÇ, CONSUM I TURISME DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. *Comptes regionals de l’economia catalana. Taula input-output 1987*. Barcelona, 1992.

CAMBRA OFICIAL DE COMERÇ, INDÚSTRIA I NAVEGACIÓ DE BARCELONA. *El sector de la salut a Catalunya*. Barcelona, desembre del 2009.

CHENERY, H. I WATANABE, T. “International comparisons of the structure of production”, *Econometrica*, 4, 26, 487-521, 1958.

CLAVERA, J. I MATAS, A. *Estudi del valor afegit de la sanitat i la seva relació amb altres branques d’activitat a Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Col·lecció “Els Llibres dels Fulls Econòmics”, núm. 5, 1993.

FONTANELLA, E. I PULIDO, A. *Análisis input-output: modelos, datos y aplicaciones*. Editorial Pirámide. Madrid, 1993.

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE GOVERNACIÓ I ADMINISTRACIONS PÚBLIQUES. DIRECCIÓ GENERAL D’ADMINISTRACIÓ LOCAL. *Dades bàsiques de les liquidacions i dels pressupostos dels ens locals de Catalunya. 2003-2007*.

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. DIRECCIÓ GENERAL DE RECURSOS SANITARIS. *Memòries anuals de les entitats d’assegurança lliure de Catalunya, 2003-2007*.

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. *La despesa sanitària a Catalunya 1988-1996. Anàlisi del finançament i les formes de provisió dels serveis sanitaris*. Col·lecció «Els Llibres dels Fulls Econòmics», núm. 17, 2001.

GENERALITAT DE CATALUNYA. INSTITUT D’ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. *Taules input-output de Catalunya 2001*.

GENERALITAT DE CATALUNYA. INSTITUT D’ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. *Taules input-output de Catalunya 2005*.

GENERALITAT DE CATALUNYA. INSTITUT D’ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. *Comptes econòmics anuals de Catalunya 2001-2007*.





INSTITUT NACIONAL D'ESTADÍSTICA (INE). *Comptabilitat nacional d'Espanya*.

INSTITUT NACIONAL D'ESTADÍSTICA (INE). *Comptabilitat regional d'Espanya*.

MINISTERI D'ECONOMIA I HISENDA. *Pressupostos generals de l'Estat*. 2003-2007.

MINISTERI DE LA PRESIDÈNCIA. *Memòries anuals de Muface, Mugeju i Isfas*. 2003-2007.

MINISTERI DE SANITAT, POLÍTICA SOCIAL I IGUALTAT. *Estadística de gasto sanitario público*. Madrid, 2010.

MINISTERI DE TREBALL I IMMIGRACIÓ. *Memòries de mútues patronals d'accidents de treball i malalties professionals*. 2003-2007.

PARELLADA, M. I ÀLVAREZ, M. *Un panorama de les aplicacions realitzades a partir d'informació procedent de les taules input-output*. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya, 2003.

OCDE. *OECD Health Data 2009* [en línia].

SEGURETAT SOCIAL. *Memòries de l'Institut Social de la Marina (ISM)*, 2003-2007.

SUHRCKE, M. *et al. The contribution of health to the economy in the European Union*. Direcció General de Salut i Protecció del Consumidor. Comissió Europea. Agost del 2005.





4. Annex de fórmules

Capacitat d'arrossegament i multiplicadors

- Els **coeficients tècnics d'inputs** (a_{ij}) expressen la utilització que qualsevol economia fa en forma de consum intermedi de béns i serveis procedents d'una branca d'activitat concreta per cada unitat de producte. La seva expressió és la següent:

$$a_{ij} = \frac{x_{ij}}{X_j}$$

on x_{ij} és la quantitat necessària d' i per produir j i X_j és la producció total del sector j .

S'entén per **arrossegament cap endarrere** la capacitat d'una activitat per provocar el desenvolupament d'altres en emprant intermedis que provenen d'aquests. Obtenim el coeficient d'arrossegament cap endarrere com a suma de les columnes de la matriu de coeficients tècnics descrits anteriorment.

$$\mu_i = \sum_{j=1}^n \frac{x_{ij}}{X_j}$$

S'entén per **arrossegament cap endavant** el que és originat quan es desenvolupa una activitat en la qual s'obtenen productes que seran utilitzats per altres branques productives posteriorment com a inputs intermedis en el seu procés de producció. El coeficient s'obté com a suma de les files de la matriu de coeficients de distribució (definida com els elements d'una fila dividits pels usos del sector).

$$\omega_i = \sum_{j=1}^n \frac{x_{ij}}{X_i}$$

La **matriu inversa de Leontief** s'obté a partir de l'equació següent:

$$X = AX + D$$

on X és el vector de produccions sectorials, D és el vector de la demanda final i A és la matriu de coeficients tècnics calculats abans. Aïllant X , definim la matriu inversa de Leontief com $(I - A)^{-1}$. Cada coeficient d'aquesta matriu ens indica la quantitat addicional de producció del sector i , tant induït directament com indirectament, en augmentar en una unitat la demanda final del sector j . La suma per columnes de tots els coeficients de la matriu inversa de Leontief ens proporciona el multiplicador de la producció per a cada una de les branques d'activitat.





Els **multiplicadors** de l'ocupació i el valor afegit es calculen a partir de l'expressió següent:

$$Z = K(I - A)^{-1}Y$$

on **K** representa la matriu diagonal de coeficients del valor afegit o l'ocupació, que s'obté dividint la magnitud del valor afegit o de l'ocupació de cada branca per la magnitud de la producció interior respectiva. $(I - A)^{-1}$ representa la matriu inversa de Leontief i **Y** fa referència a la matriu diagonalitzada de la demanda final.

Efectes directes i indirectes de les activitats sanitàries

• Si reescrivim el model input-output original utilitzat, podem identificar i quantificar els efectes directes i els efectes induïts, tant directes com indirectes, de cadascun dels multiplicadors de la producció, el valor afegit i l'ocupació que hem calculat fins al moment. D'aquesta manera, el model input-output emprat és el següent:

$$X = (I + A + A^2 + A^3 + \dots)D$$

On **D** és el vector de la demanda final, **A** és la matriu de coeficients tècnics i **I** és la matriu identitat.

Podem reordenar l'expressió anterior i obtenim:

$$X = D + AD + A[(I - A)^{-1} - I]D$$

A partir d'aquí podem identificar els diferents efectes que ens interessin:

- L'efecte directe, **D**, és la variació inicial del valor de la producció del sector considerat, provocada per l'expansió de la demanda final del mateix sector.
- L'efecte induït directe, **AD**, és la variació generada per l'expansió de la demanda final d'un sector concret en el valor de la producció dels proveïdors directes d'aquesta activitat. Es correspondria, a nivell unitari, amb el coeficient d'arrossegament cap endarrere.
- L'efecte induït indirecte, $A[(I - A)^{-1} - I]D$, és el valor total de la producció generada sobre els proveïdors indirectes, és a dir el valor de la producció de la cadena total de proveïdors dels proveïdors directes d'un sector concret.

En el cas del VAB, anàlogament al cas de la producció, cadascun dels tres elements de l'expressió següent representen, respectivament, la mesura de l'efecte directe, de l'efecte induït directe i de l'efecte induït indirecte de la producció d'un sector sobre el valor afegit brut.

$$V = vD + vAD + vA[(I - A)^{-1} - I]D$$

On **v** representa la matriu diagonal de coeficients del valor afegit, que s'obté dividint la magnitud del valor afegit de cada branca per la magnitud de la producció interior respectiva.

De la mateixa manera, l'expressió següent permet distingir l'efecte directe, l'induíit directe i l'induíit indirecte de l'activitat del sector sobre l'ocupació.

$$L = ID + IAD + IA[(I - A)^{-1} - I]D$$

On **I** representa la matriu diagonal de coeficients de l'ocupació, que s'obté dividint la magnitud de l'ocupació de cada branca per la magnitud de la producció interior respectiva.





5. Índex de gràfics i taules

Índex de gràfics

Gràfic 1. Creixement anual de la despesa sanitàària pública i TMAA 2007-2003 a Catalunya	8
Gràfic 2. Despesa sanitàària pública a Catalunya per agents de despesa, 2003-2007	9
Gràfic 3. Creixement anual de la despesa sanitàària privada i TMAA 2007-2003 a Catalunya.....	11
Gràfic 4. Despesa sanitàària privada a Catalunya per agents de despesa, 2003-2007	12
Gràfic 5. Evolució de la despesa sanitàària en milions d'euros a Catalunya, 2003-2007.....	13
Gràfic 6. Evolució de la despesa sanitàària sobre el PIB a Catalunya, 2003-2007	13
Gràfic 7. Percentatge de despesa sanitàària pública i privada sobre el total a Catalunya, 2003-2007	14
Gràfic 8. Creixement anual de la despesa sanitàària pública, la privada i la total a Catalunya, 2003-2007	16
Gràfic 9. Creixement de la despesa sanitàària total i del PIB de Catalunya, 2003-2007	16
Gràfic 10. Evolució de la despesa sanitàària amb criteri SHA a Catalunya, 2003-2007 (milions €).....	18
Gràfic 11. Creixement anual de la despesa sanitàària amb criteri SHA a Catalunya, 2003-2007	19
Gràfic 12. Creixement de la despesa sanitàària total amb criteri SHA i del PIB a Catalunya, 2003-2007	19
Gràfic 13. Evolució de la despesa sanitàària amb criteri SHA sobre el PIB a Catalunya, 2003-2007	20
Gràfic 14. Percentatge de despesa sanitàària pública i privada amb criteri SHA sobre el total a Catalunya, 2003-2007.....	20
Gràfic 15. Despesa sanitàària pública sobre el PIB, 2007	22
Gràfic 16. Despesa sanitàària privada sobre el PIB, 2007	23
Gràfic 17. Despesa sanitàària total sobre el PIB, 2007	24





Gràfic 18. Percentatges de la despesa sanitària pública i privada amb relació a la despesa sanitària total, 2007	25
Gràfic 19. Despesa sanitària pública per càpita US\$ PPC, 2007	26
Gràfic 20. Despesa sanitària privada per càpita US\$ PPC, 2007	27
Gràfic 21. Despesa sanitària total per càpita US\$ PPC, 2007 (relació pública-privada)	29
Gràfic 22. Despesa sanitària pública responsabilitat dels governs de les comunitats autònomes per persona protegida, 2007	31
Gràfic 23. Percentatge de despesa sanitària pública responsabilitat de les comunitats autònomes sobre el total amb relació al percentatge de població protegida per l'SNS, 2007	32
Gràfic 24. VAB del sector sanitari sobre el total de l'economia, 2001-2007	39
Gràfic 25. Llocs de treball totals de la sanitat sobre el total de l'economia	40
Gràfic 26. Creixement del VAB hospitalari i no hospitalari, 2001-2007	40
Gràfic 27. Creixement anual del VAB sanitari i del total de l'economia, 2001-2007	42
Gràfic 28. Creixement dels llocs de treball totals en sanitat i en el total de l'economia, 2001-2007	42
Gràfic 29. Coeficient d'arrossegament cap endarrere, 2001	47
Gràfic 30. Coeficient d'arrossegament cap endarrere, 2005	47
Gràfic 31. Multiplicador interior de la producció, 2001	49
Gràfic 32. Multiplicador interior de la producció, 2005	49
Gràfic 33. Multiplicador interior del valor afegit, 2001	50
Gràfic 34. Multiplicador interior del valor afegit, 2005	50
Gràfic 35. Multiplicador interior de l'ocupació, 2001 (per milió d'euros)	51
Gràfic 36. Multiplicador interior de l'ocupació, 2005 (per milió d'euros)	51
Gràfic 37. Impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) de les activitats hospitalàries, 2005	55
Gràfic 38. Impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) de les activitats no hospitalàries, 2005	55
Gràfic 39. Impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) del sector sanitari, 2005	56
Gràfic 40. Distribució de l'impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) de les activitats hospitalàries, 2005	56
Gràfic 41. Distribució de l'impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) de les activitats no hospitalàries, 2005	57
Gràfic 42. Distribució de l'impacte induït en la producció de les 15 branques més beneficiades (de 65) del sector sanitari, 2005	57

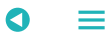




Índex de taules

Taula 1.	Despesa sanitària pública a Catalunya per organismes, 2003-2007	8
Taula 2.	Creixement anual de la despesa sanitària pública i TMAA 2007-2003 a Catalunya	9
Taula 3.	Despesa sanitària privada a Catalunya per organismes, 2003-2007	10
Taula 4.	Creixement anual de la despesa sanitària privada i TMAA 2003-2007 a Catalunya	11
Taula 5.	Estimació de la despesa sanitària total a Catalunya, 2003-2007	12
Taula 6.	Despesa sanitària total a Catalunya per organismes, 2003-2007	14
Taula 7.	Percentatge de la despesa sanitària sobre el total per organismes a Catalunya per al període 2003-2007	15
Taula 8.	Creixements anuals i TMAA 2007-2003 per organismes a Catalunya	15
Taula 9.	Despesa sanitària amb criteri SHA a Catalunya, 2003-2007	17
Taula 10.	Creixements anuals i TMAA 2007-2003 de la despesa sanitària amb criteri SHA a Catalunya	18
Taula 11.	Despesa sanitària pública sobre el PIB, 2003 i 2007	21
Taula 12.	Despesa sanitària privada sobre el PIB, 2003 i 2007	22
Taula 13.	Despesa sanitària total sobre el PIB, 2003 i 2007	23
Taula 14.	Despesa sanitària sobre el PIB, 2003 i 2007. Diferencial entre Espanya, Catalunya i la Unió Europea dels quinze	24
Taula 15.	Despesa sanitària pública per càpita en US\$ PPC, 2003 i 2007	26
Taula 16.	Despesa sanitària privada per càpita en US\$ PPC, 2003 i 2007	27
Taula 17.	Despesa sanitària total per càpita en US\$ PPC, 2003 i 2007	28
Taula 18.	Despesa sanitària per càpita US\$ PPC 2003 i 2007. Diferencial entre Espanya, Catalunya i la Unió Europea dels quinze	29
Taula 19.	Despesa sanitària pública responsabilitat dels governs de les comunitats autònomes per persona protegida, 2002-2007	30
Taula 20.	Consum intermedi, VAB i producció, 2001-2007	38
Taula 21.	Pes percentual del total del sector sanitari sobre el total de l'economia, 2001-2007	39
Taula 22.	Taxes de variació i taxa mitjana anual acumulativa, 2001-2007	41
Taula 23.	Pes de les compres de les diverses branques sobre el total de les compres de cada branca segons les TIOC-2001	44
Taula 24.	Impacte del pressupost de salut 2009 en l'economia	45
Taula 25.	Efecte sobre la producció de l'economia de les activitats sanitàries	52
Taula 26.	Efecte sobre el VAB de l'economia de les activitats sanitàries	53
Taula 27.	Efecte sobre l'ocupació de l'economia de les activitats sanitàries	54





Autors

Miquel Argenter i Giralt
M^a José Alvarez Zaragoza
Francesc Martínez Asensio
Rosa Vidal Álvarez

Coordinació de l'edició

Victòria Petanàs

© Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Edició

Servei Català de la Salut

Disseny i realització gràfica

Ortega i Palau, S.L.
www.ortegapalau.com

ISSN: 1132-0486