



***CUENTA DE LA SALUD DE LA
C. A. DE EUSKADI***

Nota metodológica

2016

El sistema de Cuenta de la Salud propone un marco para la descripción de los flujos económicos relacionados con la asistencia sanitaria, que permite tener información y resultados de los sistemas de salud comparables entre países miembros de la OCDE.

A System of Health Accounts (SHA 1.0) publicado por la OCDE en el año 2000, es el manual que establece los primeros estándares para la producción de datos de gasto en salud a nivel internacional. SHA proporciona un núcleo de datos integrales, coherentes y flexibles, así como una base conceptual para el desarrollo de las estadísticas sanitarias, proponiendo para su ordenación la Clasificación Internacional de Contabilidad Sanitaria (ICHA), que permite desglosar la atención de la salud según tres dimensiones: la atención sanitaria por funciones, los proveedores de los servicios de salud y las fuentes de financiación. A lo largo de diez años de experiencia en la contabilidad de la salud se llegó a la necesidad de una actualización para rectificar algunos de las deficiencias evidentes en el manual original, y también para tener en cuenta alguno de los nuevos desarrollos en sistemas de salud. Con la colaboración entre la OCDE, Eurostat y la OMS se acordó supervisar la revisión de SHA; y el resultado es el manual ***A System of Health Accounts 2011 (SHA 2011, revised edition March 2017)*** publicado por la OCDE.

Diferencias y mejoras entre SHA 1.0 and SHA 2011

SHA 2011 introduce una serie de cambios y mejoras en comparación con SHA 1.0. Refuerza los principios rectores de SHA 1.0, esto es, la relación de las tres dimensiones en las que se basa el Sistema de Cuentas de Salud (lo que se consume tiene un proveedor y un sistema de financiación) y su descripción del gasto en atención sanitaria y atención a largo plazo.

Ofrece una cobertura más completa dentro de la clasificación funcional en áreas como prevención y cuidados a largo plazo; una imagen más concisa de los proveedores de atención sanitaria, con vínculos más cercanos a clasificaciones estándar de la industria; y un nuevo enfoque de la financiación en el sector sanitario mediante la nueva clasificación esquemas de financiación.

También proporciona un tratamiento separado de la formación bruta de capital evitando la ambigüedad anterior con respecto a los vínculos entre el gasto corriente en salud y el gasto de capital en los sistemas de atención de salud. Para reenfocar la medida a la del consumo final, el gasto asociado a la formación de capital se ha trasladado a una cuenta de capital específica.

Objetivos del SHA

El Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE destaca entre sus principales objetivos los siguientes:

- Proporcionar un marco de los agregados más relevantes comparables a nivel internacional que permita analizar el gasto en atención sanitaria y los sistemas de salud
- Proporcionar una herramienta para la producción de datos útiles en el análisis de los sistemas de salud
- Definir y armonizar internacionalmente los límites de la atención sanitaria y las categorías básicas que la componen.

El Sistema de Cuentas de Salud (SHA) y el Sistema de Contabilidad Nacional

Aunque SHA utiliza metodología estrechamente vinculada a la metodología de las cuentas nacionales, no está obligado a emplear exactamente los mismos conceptos y puede centrarse más en problemas específicos de la salud.

Para convertirse en una cuenta satélite del sistema Contabilidad Nacional, SHA necesitaría información y cuentas adicionales, como una cuenta de producción; consumos intermedios de las industrias sanitarias,...

SHA y las cuentas nacionales difieren en su perspectiva primaria de la actividad económica de una sociedad. Mientras que SHA se ocupa del consumo, provisión y financiamiento de bienes y servicios de atención sanitaria, las cuentas nacionales se refieren al suministro de todos los bienes y servicios, el uso de esos bienes y servicios, y la generación y distribución de ingresos en toda la economía.

SHA recomienda seguir las reglas estándar de contabilidad nacional para definir la producción de los servicios de salud, aunque con dos excepciones notables:

- **salud laboral:** dentro de este concepto se incluyen los gastos que las empresas realizan en supervisar la salud de sus trabajadores (chequeos médicos) o en su atención sanitaria, cuando no constituyen prestaciones sociales directas a los trabajadores. El sistema de Contabilidad Nacional considera que constituye consumo intermedio de las empresas. El SHA, por el contrario, incluye todos los gastos de las empresas en salud laboral como si de empleos finales se tratara.
- **producción doméstica de servicios de salud.** Si bien la mayor parte de los servicios de salud corren a cargo de instituciones especializadas, en ocasiones puede considerarse que en las familias se prestan servicios sustitutivos de la atención en tales instituciones. El sistema de Contabilidad Nacional no contempla la posibilidad de incluir estas actividades como producción para uso final propio. El Sistema de Cuentas de Salud, en cambio, interpreta que los servicios de salud pueden constituir producción doméstica aunque tan sólo en un caso: cuando la familia en que se produce el servicio percibe una contraprestación económica en forma de transferencia social y, además, la percepción de dicha prestación económica constituye una alternativa frente a la atención sanitaria del paciente en una institución sanitaria.

Principales agregados del Gasto en Salud

En el anterior manual SHA 1.0, la definición de Gasto total en Salud correspondía a la suma de dos agregados: gasto corriente en salud más formación bruta de capital. Sin embargo, esta definición puede ser malentendida, ya que mientras que el gasto corriente en salud se refiere al consumo final, que es la demanda de bienes y servicios de atención sanitaria de los hogares, el gobierno y las instituciones sin fines de lucro, la formación bruta de capital se refiere a la demanda de bienes de capital por parte de los proveedores de salud. Por lo tanto, podría argumentarse que los dos agregados no pueden sumarse directamente, ya que se refieren a diferentes aspectos.

Por esta razón, el nuevo manual SHA 2011 recomienda mantener separados los dos agregados: "gasto corriente en salud" y "formación bruta de capital en salud"

Gasto corriente en salud= gasto en consumo final de las unidades residentes en bienes y servicios sanitarios, incluyendo tanto los bienes y servicios provistos directamente a los individuos, como los servicios colectivos de salud.

Formación bruta de capital del sistema de salud se define como el valor total de los activos que los proveedores de servicios de salud han adquirido durante el período contable (menos el valor de las disposiciones de activos del mismo tipo) y que se utilizan repetidamente o para más de un año en la prestación de servicios de salud.

La diferencia con SHA 1.0, es la inclusión de todos los proveedores; en SHA 1.0 se excluía la adquisición neta de activos de capital por los minoristas de productos médicos (ya que la venta al por menor de productos médicos se considera una actividad de apoyo). La recomendación de SHA 2011 es registrar también el valor de la formación bruta de capital adquirida por los vendedores minoristas, dado que son uno más de los proveedores del sistema de salud.

Marco contable básico y ampliado de SHA 2011

El SHA 2011 distingue tres grupos principales de clasificaciones:

- **El marco central o básico**, que abarca las tres clasificaciones que miden el **gasto sanitario corriente** por funciones, proveedores y esquemas de financiación.
- Formación de capital, con su correspondiente clasificación de activos.
- Y otras clasificaciones que permiten la compilación de indicadores adicionales en el extensión del marco contable básico

Estas dos últimas complementan el marco central.

El objetivo final de la compilación de datos del **marco central** es responder para cada transacción relacionada con gasto en salud a estas tres preguntas básicas:

- Qué tipo de bienes y servicios sanitarios se consumen?
- ¿Qué proveedores ofertan esos bienes y servicios?
- ¿Quién financia esos bienes y servicios?

Para ello, utiliza las **Clasificaciones Internacionales para Cuentas de Salud (ICHA)**: funciones de atención sanitaria (**ICHA-HC**), proveedores de salud (**ICHA-HP**), y esquemas de financiación (**ICHA-HF**).

Se establecen cuatro criterios principales para determinar si una actividad debe ser incluida dentro del marco central de gastos del SHA; en orden de importancia serían:

- El objetivo principal de la actividad es mejorar, mantener o prevenir el deterioro del estado de salud de los individuos, grupos de la población o la población en su conjunto como así como mitigar las consecuencias de la enfermedad.
- Se necesitan conocimientos y habilidades médicas cualificadas para llevar a cabo esta función, o puede ser ejecutado bajo la supervisión de aquellos con dichos conocimientos; o la función es la gobernanza y la administración del sistema de salud y su financiamiento
- El consumo es para el uso final de bienes y servicios de salud de los residentes;
- Y hay una transacción de servicios o bienes de salud.

SHA 2011 sido desarrollado aplicando un enfoque funcional a lo que es proporcionado y consumido en la asistencia sanitaria. El modo en que han sido financiados o quien ha sido el proveedor no influye en la decisión de incluir o no el gasto en la cuenta de salud.

El manual SHA 2011 ofrece un mayor detalle, recomendaciones y ejemplos de caso límites.

Clasificación funcional del gasto en salud (ICHA-HC)

En el SHA la clasificación funcional del gasto juega un papel principal en la determinación de los límites en la definición de las actividades y del gasto en salud.

Respecto a SHA 1.0 se han introducido algunas mejoras, entre ellas resaltar, que la función "prevención y salud pública" de SHA 1.0 ha sido reestructurada, diferenciando mejor el propósito de cada función; ya que no era claro su contenido, porque se basaba en una mezcla de criterios: "público" referido al mismo tiempo para servicios financiados por el gobierno, lugar de entrega (servicios de propiedad pública) y beneficiarios involucrados (grupos prioritarios de la población).

Tabla 1. Clasificación funcional del gasto corriente en salud (ICHA-HC)

código	Descripción
TOTAL GASTO CORRIENTE EN SALUD	
HC.1	Asistencia sanitaria curativa
HC.1.1	Asistencia hospitalaria
HC.1.2	Asistencia en hospitalización de día
HC.1.3	Asistencia ambulatoria
HC.1.4	A domicilio
HC.2	Asistencia sanitaria de rehabilitación
HC.2.1	Asistencia hospitalaria
HC.2.2	Asistencia en hospitalización de día
HC.2.3	Asistencia ambulatoria
HC.2.4	Asistencia a domicilio
HC.3	Asistencia sanitaria de larga duración
HC.3.1	Asistencia hospitalaria
HC.3.2	Asistencia en hospitalización de día
HC.3.3	Asistencia ambulatoria
HC.3.4	Asistencia a domicilio
HC.4	Servicios sanitarios auxiliares
HC.4.1	Laboratorios clínicos
HC.4.2	Diagnóstico por imagen
HC.4.3	Transporte de enfermos y servicios de rescate
HC.5	Productos médicos (no asignados a función)
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otro material sanitario no duradero
HC.5.2	Material terapéutico y otro material sanitario duradero
HC.6	Servicios de prevención
HC.6.1	Programas de información, educación y asesoramiento
HC.6.2	Programas de inmunización
HC.6.3	Programas de detección temprana de enfermedades
HC.6.4	Programas de control de condiciones saludables
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control de riesgos y enfermedades
HC.6.6	Preparación para desastres y programas de respuesta de emergencia
HC.7	Gobernanza y administración del sistema de salud y de la financiación sanitaria
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud
HC.7.2	Administración de financiación sanitaria

HC.1 Asistencia sanitaria curativa

La atención curativa comprende contactos de atención médica durante los cuales la intención principal es aliviar los síntomas de una enfermedad o lesión, para reducir la gravedad de una enfermedad o lesión.

Incluye: todos los componentes del cuidado o tratamiento curativo de la enfermedad, esto es, procedimientos diagnósticos y terapéuticos; y productos farmacéuticos y otros productos médicos utilizados.

HC.2 Asistencia sanitaria de rehabilitación

Los servicios de rehabilitación son consumidos por personas que experimentan dificultades funcionales asociadas a diferentes estados de salud (enfermedad, trastorno y lesión), que puede ser aguda o crónica, congénita o adquirida, y puede afectar a personas con discapacidades de todas las edades, independientemente o en relación con la atención sanitaria especializada

Excluye: servicios de rehabilitación con una finalidad social, educativa de ocio o laboral.

HC.3 Asistencia sanitaria de larga duración

Los cuidados a largo plazo consisten en una gama de servicios de atención médica que se consumen con el objetivo principal de aliviar el dolor y el sufrimiento y reducir el deterioro del estado de salud en pacientes con grado de dependencia durante un periodo de tiempo prolongado.

Dentro de esta categoría HC.3.3 se clasifica el gasto destinado a la atención a personas dependientes en actividades básicas de la vida diaria. Puede existir problema a la hora de cuantificar este gasto, ya que normalmente este servicio incluye servicios ligados a actividades instrumentales y cuidados personales, que no se incluyen en el gasto en salud. El manual SHA 2011 proporciona varias pautas e indicaciones de los gastos que se deben incluir.

Cada una de las tres funciones anteriormente descritas es objeto de clasificación de acuerdo con un criterio basado en el régimen o modo de provisión del servicio. Se distinguen los cuatro modos siguientes de provisión para la asistencia sanitaria:

- Hospitalización: implica el registro formal del paciente en la institución sanitaria correspondiente y que éste pase al menos una noche en ella.
- Hospitalización de día: comprende aquellos servicios en los que el paciente es admitido y registrado formalmente en la institución con la intención de que sea dado de alta en el mismo día de su admisión.
- Ambulatoria: incluye la asistencia a pacientes que no son formalmente admitidos en el establecimiento (centros ambulatorios, consultorios médicos y de odontólogos, etc.).
- A domicilio: incluye toda la asistencia sanitaria recibida por el paciente en su domicilio.

HC.4 Servicios sanitarios auxiliares

Incluye el conjunto de actividades auxiliares ligadas a la atención sanitaria, que no están asignadas a ninguna función o modo de provisión concreto y que el paciente consume directamente, tales como los análisis clínicos, diagnósticos por imagen y el transporte de pacientes.

HC.5 Productos médicos (no asignados a función)

Esto incluye productos farmacéuticos y productos médicos no duraderos destinados al diagnóstico, cura, mitigación o tratamiento de enfermedades, y que no están asignados a una función o modo de provisión concreto.

Incluye: los bienes productos médicos adquiridos por el beneficiario, ya sea como resultado de la prescripción, después de un contacto con el sistema de salud o como resultado de la auto-prescripción y que son de venta libre.

Excluye: los productos médicos consumidos o entregados durante la asistencia sanitaria prescritos por un profesional de la salud.

Este planteamiento resulta coherente con la consideración de que los productos médicos constituyen una parte del servicio sanitario que incluye, además del propio bien, un servicio de asesoramiento del especialista sobre la necesidad de dicho bien y el modo en que debe ser utilizado. Así pues, los productos farmacéuticos proporcionados por el

hospital son tan sólo una parte del servicio que éste ofrece y, esos mismos productos, cuando son adquiridos en las farmacias, constituyen una parte del servicio que está prestando el profesional que atiende el establecimiento.

HC.6 Servicios de prevención

La prevención es cualquier medida que tiene como objetivo evitar o reducir el número o la gravedad de lesiones y enfermedades, sus secuelas y complicaciones. Se trata de actividades cuyo objeto consiste en el mantenimiento o mejora del estado de salud de la población, pero que no constituyen episodios curativos.

Incluye, entre otras, la difusión de información relativa a la salud o las formas saludables de vida; las campañas de vacunación, salud laboral.

HC.7 Gobernanza y administración del sistema de salud y de la financiación sanitaria

Comprende las actividades que dirigen y apoyan el funcionamiento del sistema de salud, destinadas a mejorar la efectividad y eficiencia del sistema salud, tanto público como privado.

Incluye la administración de programas sanitarios; el establecimiento de normas; la regulación, licencia o supervisión de productores; la gestión de la recaudación de fondos y la administración, seguimiento y evaluación de dichos recursos.

Clasificación del gasto en salud por proveedores (ICHA-HP)

Los proveedores de atención sanitaria comprenden a las instituciones y agentes cuya actividad principal es ofrecer servicios de atención sanitaria y bienes médicos; así como aquellos que ofrecen algún servicio de atención sanitaria como actividad secundaria.

Tabla 2. Clasificación según proveedores (ICHA-HP)

código	Descripción
TOTAL GASTO CORRIENTE EN SALUD	
HP.1	Hospitales
HP.1.1	Generales
HP.1.2	Hospitales de salud mental
HP.1.3	Otros hospitales especializados (excepto salud mental)
HP.2	Establecimientos residenciales de cuidado de larga estancia
HP.2.1	Establecimientos de cuidado de enfermería a largo plazo
HP.2.2	Instalaciones de salud mental y abuso de sustancias
HP.2.9	Otras instalaciones residenciales de larga estancia
HP.3	Proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria
HP.3.1	Consultorios médicos
HP.3.2	Consultorios de dentistas
HP.3.3	Otros consultorios médicos
HP.3.4	Centros de asistencia sanitaria ambulatoria
HP.3.5	Proveedores de servicios sanitarios a domicilio
HP.4	Proveedores de servicios auxiliares
HP.4.1	Transporte de pacientes y rescate de emergencias
HP.4.2	Laboratorios médicos y de diagnóstico
HP.4.9	Otros proveedores de servicios auxiliares
HP.5	Minoristas y otros proveedores de productos médicos
HP.5.1	Farmacias
HP.5.2	Minoristas y otros proveedores de productos médicos duraderos y aparatos médicos
HP.5.9	Otros proveedores de productos farmacéuticos y productos médicos
HP.6	Proveedores servicios prevención
HP.7	Administración sistema salud y financiación sanitaria
HP.7.1	Administraciones Públicas
HP.7.2	Administraciones de la Seguridad Social
HP.7.3	Seguros privados
HP.7.9	Otras administraciones
HP.8	Resto de la economía
HP.8.1	Hogares como proveedores de atención domiciliaria
HP.8.2	Resto de productores secundarios de asistencia sanitaria
HP.8.9	Otros productores no clasificados

La clasificación de SHA 2011 mantiene casi todas las categorías de proveedores establecidas en SHA 1.0, aunque algunas se han recodificado para adecuarlas a la clasificación funcional.

HP.1 Hospitales

Se incluyen en esta categoría aquellas instituciones dedicadas preferentemente al tratamiento de pacientes en régimen de hospitalización, sin perjuicio de que en determinadas unidades de dichas instituciones tenga lugar la atención de pacientes cuyo tratamiento no supone pernocta en la institución. Se distingue entre hospitales generales (HP.1.1), hospitales específicamente destinados a pacientes con trastornos de salud mental (HP.1.2) y hospitales especializados en otro tipo de tratamientos (HP.1.3).

HP.2 Establecimientos residenciales de cuidado de larga estancia

Comprende los establecimientos residenciales que prestan atenciones a largo plazo de enfermería, supervisión u otros tipos de atención médica requeridos por sus residentes, siendo estos servicios médicos menos intensivos que los provistos en hospitales. Además, en estos establecimientos, en combinación con los cuidados de salud se proveen servicios de cuidado personal y atención social.

En general, para clasificar los establecimientos de cuidado residencial como establecimientos de salud, más del 50% del gasto debe ser gasto sanitario. Si el gasto en atención sanitaria es inferior al 50%, debe clasificarse en HP.8.2 Proveedor secundarios de asistencia sanitaria.

HP.3 Proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria

Recoge aquellos establecimientos en los que se atiende a pacientes cuyo tratamiento no requiere hospitalización, incluyendo tanto aquellos establecimientos de asistencia básica y especializada en el tratamiento de pacientes sin pernocta, como aquellos otros dedicados a la prestación de servicios de salud en el domicilio del paciente.

HP.4 Proveedores de servicios auxiliares

Comprende los establecimientos que proporcionan servicios auxiliares directamente a pacientes externos bajo la supervisión de profesionales de la salud y no cubiertos dentro del tratamiento en hospitales, centros de enfermería, ambulatorios.

Se incluyen proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia, laboratorios médicos y de diagnóstico, laboratorios dentales y proveedores de otros servicios.

Estos proveedores especializados pueden cobrar a los pacientes directamente por servicios prestados o pueden proporcionar estos servicios como prestaciones en especie.

HP.5 Minoristas y otros proveedores de productos médicos

En este apartado se encuentran los establecimientos que tienen por actividad principal la venta al detalle de productos médicos para consumo individual o utilización por el paciente en su hogar. Incluye los establecimientos que ofrecen la instalación o reparación en combinación con la venta directa al público de lentes, aparatos ortopédicos o protésicos para uso individual o doméstico.

HP.6 Proveedores servicios prevención

Incluye las instituciones encargadas de la administración y provisión de los programas de salud pública tales como la promoción y la protección de la salud. No se recogen aquí, en cambio, las empresas que procuran a sus trabajadores servicios sanitarios considerados como salud laboral, y que aparecen en la categoría dedicada al resto de la economía.

HP.7 Administración sistema salud y financiación sanitaria

Incluye los establecimientos dedicados a regular la actividad de las agencias directamente implicados en la provisión de servicios sanitarios, así como la administración de la financiación de los servicios sanitarios, esto, es, la gestión de los fondos de seguros de salud obligatorios y voluntarios. Se incluyen en este concepto tanto la administración sanitaria en general como los establecimientos de seguro sanitario.

No incluye los gastos administrativos de los proveedores de atención sanitaria antes detallados, ya que estos gastos deben estar incluidos en la categoría del proveedor que provee la atención sanitaria

HP.8 Resto de la economía

Este apartado incluye los hogares como proveedores de asistencia sanitaria domiciliaria, en concreto, se computa la transferencia en efectivo a los cuidadores de enfermos y discapacitados en el domicilio. El cuidado por los miembros del hogar no pagado no se incluye en la cuenta de salud.

También incluye los establecimientos que proveen atención sanitaria como actividad secundaria, como las empresas que prestan servicios de salud laboral a sus empleados; proveedores de asistencia social con servicios de salud ocasionalesEn general, establecimientos, en los que la prestación de bienes y servicios de asistencia sanitaria constituye una parte minoritaria del valor de la producción; y aquellos no clasificados anteriormente.

Clasificación del gasto en salud según financiación (ICHA-HF)

Tabla 3. Clasificación según sistemas financiación (ICHA-HF)

código	Descripción
TOTAL GASTO CORRIENTE EN SALUD	
HF.1 Administraciones públicas/ Seguro obligatorio	
HF.1.1	Administraciones públicas
	HF.1.2 Seguros de salud obligatorios
HF.2 Sistemas pago voluntario	
	HF.2.1 Seguros de salud voluntarios
	HF.2.2 IPSFLSH
	HF.2.3 Empresas
HF.3 Pago directo hogares	

(IPSFLSH: Instituciones públicas sin fines de lucro al servicio de los hogares)

HF.1.1 Administraciones públicas

Las características de los esquemas de financiación gubernamentales están determinadas por la ley o por el gobierno. Se establece un presupuesto separado para el programa, y una unidad del gobierno es responsable del mismo.

Modo de participación: automático para todos los ciudadanos residentes, o para un grupo específico de población definida por ley o regulación gubernamental

Método básico para la recaudación de fondos: obligatorio; ingresos propios del gobierno, principalmente impuestos.

HF.1.2 Seguros de salud obligatorio

El seguro de salud obligatorio implica un acuerdo de financiación para garantizar el acceso a atención de salud para grupos poblacionales específicos mediante la participación obligatoria y basada en el pago de las contribuciones del seguro de salud por o en nombre de los individuos interesados.

HF.2.1 Seguros de salud voluntarios

Es un esquema de financiación de atención sanitaria prepago bajo el cual el acceso a los servicios de salud es a voluntad de los agentes privados (aunque esta voluntariedad puede estar influenciada por las leyes y regulaciones gubernamentales).

Los planes voluntarios de seguro de salud se basan en la compra de una póliza de seguro. Las primas de seguro pueden estar directa o indirectamente subsidiada por el gobierno.

HF.2.2 IPSFLSH

Esquemas de financiación de instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (IPSFLSH) se refiere a acuerdos y programas de financiación no obligatorios con derecho a prestaciones no contributivas que se basan en donaciones del público en general, el gobierno o las empresas.

Las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLSH) son productores privados no de mercado.

HF.2.3 Empresas

Esta categoría incluye principalmente acuerdos donde las empresas proporcionan directamente o financian servicios de salud para sus empleados (como los servicios de salud laboral), sin la participación de un sistema de seguro.

HF.3 Pago directo hogares

Es el pago directo de bienes y servicios sanitarios con cargo a la renta primaria y ahorros del hogar; el pago lo realiza el usuario en el momento de la compra de bienes o uso de servicios. Se incluyen el copago y los pagos informales (tanto en efectivo como en especie).

Un mayor detalle e información metodológica se encuentra en el manual ***A System of Health Accounts 2011 Revised edition (SHA 2011)*** publicado por OCDE:

<http://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

En esta edición de la Cuenta de Salud de la C.A. de Euskadi 2016 se han elaborado las tablas correspondientes al marco central, esto es, al Gasto corriente en salud. En ediciones posteriores se desarrollará el agregado Formación bruta de capital.

Se ha actualizado la serie de datos para los años anteriores de que se disponía información (2000-2011) y ha elaborado los datos para los años 2012-2016.

FUENTES ESTADÍSTICAS

Las fuentes utilizadas en la determinación del gasto en salud de la C.A. de Euskadi incluyen tanto fuentes administrativas como estadísticas que son responsabilidad de EUSTAT o de otros órganos estadísticos. Las fuentes más importantes son:

- Osakidetza
- Departamento de Salud
- EUSTAT: "Estadística de atención sanitaria privada"
- EUSTAT. "Estadística de Gasto Familiar (EGF)"
- Departamento de Empleo y Políticas Sociales: "Estadística de servicios sociales y acción social".
- Osalan
- Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social: "Información Presupuestaria y Financiera"
- Mutualidades de funcionarios: Memorias

En cuanto a la información contenida en las comparaciones internacionales, la fuente principal de información la constituye la base de datos ***Health Expenditure and Financing*** publicada por la OCDE:

<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

y Eurostat:

<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database/> Health care expenditure (SHA 2011) (hlth_sha11)