

## Facturación y Gestión

D. ROC JOSA I VILLAFANE. *Unidad de Sistema de Información. Servei Català de la Salut*

### 1.- Agradecimientos

Quisiera agradecer la invitación al Comité Organizador, al Insalud y, concretamente, a las Direcciones Generales de Programación Económica y D. G. de Aseguramiento y Planificación así como al Hospital y Ayuntamiento de Hellín por su amable acogida a este congreso, la posibilidad de explicarles la experiencia en Catalunya dentro de la contratación programada de servicios.

También quisiera disculpar la no asistencia de mi compañero Joan Ramón Marsal por un asunto personal ineludible.

### 2. Esquema

El contenido de la ponencia versará sobre el Modelo de Contratación Programada de servicios sanitarios en Catalunya dentro del marco legal de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya. Con la entrada en vigor de la LOSC (1990) se ha iniciado un cambio importante en el modelo sanitario catalán.

Apuntemos como puntos más importantes:

La ponencia versará sobre el modelo de contratación de servicios sanitarios dentro del

desarrollo y la aplicación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (1986).

Apuntemos como unos de los puntos más representativos y a nivel orgánico, la creación del Servei Català de la Salut, y en los niveles de gestión y financiación, las nuevas técnicas de la Contratación Programada.

Antes de explicarles el Contrato-Programa, permítanme hacerles una breve reseña de todo un conjunto de Medidas de Planificación, Gestión y Ordenación Sanitaria que se han aplicado en Catalunya desde que en 1981 se inicia el traspaso de competencias sanitarias del INSA-LUD a la Generalitat de Catalunya.

Posteriormente, les presentaré los cambios a nivel orgánico y funcional entre el ICS/INSA-LUD y el SCS.

Seguidamente les presentaré el modelo de contrato-programa que se aplica en el área hospitalaria en Catalunya.

Finalmente, les apuntaré un conjunto de retos y perspectivas para los hospitales en el sistema de contratación programada, las cuales pueden servirles como puntos de reflexión y debate.

### 3. Resumen del contenido

#### 1. Marco Retrospectivo. Cambio Orgánico y Funcional

##### 1.1. Medidas de planificación, gestión y ordenación

Desde que en 1981 se inició el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a la Generalitat de Catalunya, se han puesto en marcha todo un conjunto de medidas y normas de planificación, gestión y ordenación sanitaria, entre las cuales resaltaré:

- Creación y desarrollo del Mapa Sanitario.
- Acreditación y concertación de Hospitales.
- Creación de XHUP (red Hospitalaria de Utilización Pública) y Reordenación Hospitalaria

que consolida un *modelo mixto* público y privado que permite el acercamiento del usuario a los servicios sanitarios, así como un equilibrio territorial de la oferta sanitaria.

Datos orientativos:

Población Protegida (92): 5.978.638 habitantes  
 Camas de Hospitales de la XHUP: 17.500 camas  
 30% camas del ICS (INSALUD), unas 5.200 camas  
 70% camas concertados, 12.300 camas  
 Camas por población protegida: 2,93 ‰ (1992)  
 Centros de la XHUP: 71  
 ICS: 12  
 Concertados: 59

Como dato de referencia les puedo apuntar que cerca del 86% de la actividad de los centros concertados se presta a pacientes acogidos al régimen de la Seguridad Social y, por tanto, con cargo al SCS.

- Creación del Servei Català de Salut (SCS)
- Llei de Ordenació Sanitària.

##### 1.2. Cambio Orgánico y Funcional

A nivel nacional, el modelo sanitario definido por la Ley General de Sanidad (1986) incorpora varios mecanismos de competencia para incentivar una mejora de la eficiencia y la eficacia, así como la definición de 3 categorías de agentes:

- 1.- Financiadores
- 2.- Compradores
- 3.- Productores

El Informe elaborado por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (más conocido por Informe Abril Martorell) recomendaba en los aspectos organizativos la introducción progresiva de la separación entre las competencias de financiación y compra de servicios sanitarios de las funciones de gestión y provisión, hecho que facilitaría la diferenciación nítida de los principales agentes del Sistema Sanitario y, consecuentemente, el reconocimiento de sus respectivas responsabilidades. Esta separación de agentes funciones, es un requisito necesario pero no suficiente para la mejora de la efectividad y la eficiencia del Sistema. Así, las Administraciones Central y Autonómicas serían las *financiadoras* y los *compradores* de los servicios, los hospitales y las áreas básicas de salud los *proveedores/productores* y, finalmente, los usuarios los *clientes* finales.

En Catalunya, la nueva organización sanitaria nacida de la creación y el desarrollo de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC) y la nueva organización sanitaria del Servei

Català de la Salut (SCS), supone una clara *diferenciación en las responsabilidades y las funciones de contratación/financiación* de las propias de la *provisión*.

La situación anterior a la entrada en vigor de la LOSC, el *Institut Català de la Salut*, que es el órgano gestor en Catalunya de los recursos sanitarios públicos traspasados del INSALUD, que hasta la creación del Servei Català de la Salut era el órgano contratante de servicios a centros privados (formas de concierto) a la vez que proveedor de servicios a través de la red de centros y hospitales públicos, deja de asumir el rol de financiador/comprador para ser el proveedor público más importante.

El *Servei Català de la Salut* es el órgano público con competencias exclusivas en la contratación de los servicios sanitarios en el "*mercado sanitario*", donde los diferentes proveedores públicos y privados ofrecen, en un *contexto de competencia regulada*, sus ofertas sanitarias en calidad y coste para satisfacer las necesidades de los usuarios-clientes (esquema situación ICS y nova del SCS).

Por tanto, las actuaciones del SCS como financiador del sistema sanitario mixto van dirigidas a planificar y conocer el mercado sanitario (oferta y demanda) y a favorecer la concurrencia y competencia para que éstas actúen para mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad de la asistencia sanitaria:

- Demanda sanitaria: sus funciones son conocer las necesidades asistenciales de la población (Planes de Salud) y garantizar su acceso equitativo social y territorialmente.
- Oferta sanitaria: conocer la capacidad de los

centros hospitalarios para producir servicios sanitarios de calidad que satisfagan la demanda y que estos servicios se realicen a costes reales eficientes. Incentivándoles para mejorar su eficiencia y compitiendo por la asignación de recursos marginales.

## 2. Contratación Programada

Catalunya dispone de un *sistema de asignación de recursos idéntico para todos* los hospitales pertenecientes a la XHUP, cuyo instrumento es el contrato-programa.

La relación contractual para la compra de servicios entre el SCS y los hospitales se concreta en un *Contrato-Programa*, por el cual se determina, por una parte, los servicios a proveer por el centro (cantidad, calidad y nivel tecnológico, coste), y por otra, las contraprestaciones económicas a recibir por estos servicios.

Veamos el modelo básico de gestión y facturación programa: *Contrato-Programa*:

Es un contrato de servicios entre el Servei Català de la Salut y el Hospital, los items más importantes son: establecer la actividad asistencial contratada (medida en UBAs), la tarifa/precio (ptas./UBA) y el sistema de pago del contrato.

### 1. Actividad contratada:

1.1. Actividad (UBAs) Hospitalaria: ..H... UBAs Parametrizadas con:

Número de altas hospitalarias: a  
Estancia media por paciente: E.M.  
consecuentemente:  $H = a * EM$

1 UBA = 1 estancia = unidad básica de asistencia sanitaria = un número de medida del output.

### 1.2. Actividad ambulatoria: ..A.... UBAs

El conjunto de actividades ambulatorias medidas en UBAs:

Consultas Externas:	UBAs
Primera Visitas (CCEE)	(0,4)
Visitas Sucesivas (CCEE)	(0,2)
Urgencias:	(0,5)
Intervenciones Ambulatorias	(0,75)
Hospital de Día	(0,75)

### A UBAs

1.3. Actividad realizada como hospital de referencia de la atención primaria (ecografías, TACs, gastroscopias, pruebas de esfuerzo, Holter, Dopplers, etc.) y programas especiales (trasplantes, hemodiálisis, desintoxicación, rehabilitación, etc.) con equivalencia en UBAs. R UBAs.

1.4. Prótesis quirúrgicas no recuperables: P UBAs

Parametrizadas en función de las especialidades quirúrgicas del hospital, un número de pacientes destinatarios de las prótesis y un precio medio por prótesis.

El global de la actividad contratada por el SCS con el hospital será:

$$H + A + R + P = \text{UBAs TOTALES}$$

### 2. Tarifa de la asistencia (ptas./UBA)

La tarifa es asignada al centro hospitalario en función del nivel de catalogación, el nivel tecnológico, el tipo de prestaciones, la composi-

ción de especialidades médico-quirúrgicas y otros factores socio-económicos y de territorialidad. De menor a mayor complejidad sería A, A/B, B, B/C y C).

### 3. Sistema de pago:

El sistema de pago queda estructurado en una parte fija y otra variable, con los objetivos de asegurar un flujo periódico y equilibrado de recursos y, a la vez, crear un flujo variable con incentivos/penalizaciones que contemple financieramente el cumplimiento/incumplimiento de las condiciones del contrato-programa.

#### 3.1. Parte Fija

Mensualmente, el hospital facturará una doceava parte de las UBAs hospitalarias y ambulatorias en el porcentaje del 70%.

UBAs H y A año ..... : 12 ..... UBAs mensuales  
h y a

parte fija = 70% de "h" y "a" x Tarifa

#### 3.2. Parte variable

Esta parte contempla incentivos y penalizaciones al cumplimiento o incumplimiento de la actividad concertada.

##### 3.2.1. Actividad Hospitalaria

altas hosp. mes x E.M. pactada x 30% x tarifa

##### 3.2.2. Actividad Ambulatoria

act. ambulatoria mes x 30% x tarifa mediada en UBAs

si la actividad ambulatoria del mes supera a la actividad pactada mensual ( $a = A / 12$ ), el exceso se facturará sólo al 25%.

3.2.3 Pruebas Realizadas como H. de Referencia: Equivalente en UBAs de las pruebas de soporte "r" por la tarifa UBA.

La cantidad de UBAs en exceso sobre las pactadas anualmente sólo se computarán por el 50% del valor de la Tarifa de la UBA.

Posibilidad de margen mensual de poder facturar hasta el 150% de UBAs mensuales –incidencias o cargas de trabajo exógenas y con poca capacidad de gestión en su flujo para el hospital–, pero que globalmente se regularizará su número con el global pactado.

#### 3.2.4. Prótesis

Equivalente en UBAs "p" del importe del gasto en prótesis hospitalarias.

Restricción: Máximo facturable mensualmente es del 150% del valor mensual (P / 12 meses).

Regularización Anual en función de las desviaciones en prótesis hayan sido por número o por precios medios superiores a los contratados.

A final del año se regularizarán las actividades mensuales facturadas.

### 3. Conjunto de Retos y Perspectivas del Sistema y de los Hospitales Públicos

El Insitut Català de la Salut (ICS) y sus hospitales públicos deben iniciar un *proceso de cambio organizativo, funcional y económico*, para adaptarse a este nuevo entorno competitivo.

El reto específico que supone para el ICS su transformación (comprador/proveedor → un proveedor público eficiente) favorecerá a los hospitales para disponer de *una mayor autonomía de gestión empresarial*, con disminución de los corsés burocráticos y la definición de las res-

ponsabilidades externas (exógenas) y las internas (dirección por objetivos y parcelas de responsabilidad).

En un entorno de recursos económicos limitados, la *priorización y la coordinación (asistencia primaria y hospitalaria) de las actuaciones sanitarias* en los centros sanitarios.

La asignación de los recursos sanitarios debe *incentivar la eficiencia* y permitir el logro de los objetivos asistenciales de los hospitales.

*Evitar las técnicas del incrementalismo presupuestario* que muchas veces favorece a los centros más ineficientes y penaliza los comportamientos eficientes. La *asignación* y la gestión de recursos debe verse desde la óptica del *análisis marginal*, ya que con unos recursos limitados, las asignaciones económicas en un centro o en un programa determinado deben valorarse con el coste de la mejor opción no elegida.

*Equilibrar las necesidades con los recursos* aplicados para atenderlas. Establecer *planes de empresa* en un escenario futuro a corto y medio plazo:

- Es necesario establecer qué actividad por líneas de producción prestará este año y los siguientes 3 años (considerando su estructura productiva y capacidad asistencial y la demanda de los usuarios de su área de referencia):

También diferenciar su output en:

- 1.- Actividad Asistencial Normalizada (estancias, urgencias, consultas externas...) y no normalizada (actividades asistenciales singulares, prestaciones de alta tecnología o complejidad, trasplantes, unidades especializadas de quemados, drogodependencia, infecciosas). Todo medido en UBAs.

2.- Actividad docente: pre-graduada (estudios universitarios) y post-graduada (formación de médicos residentes).

3.- Actividad de investigación.

- Esta actividad determinaría su oferta y los recursos económicos correspondientes (Presupuesto de Actividad).

- Cuáles son los recursos presupuestarios que tiene asignados actualmente para su funcionamiento (Presupuesto Administrativo).

- Qué medidas adoptará para ajustar la diferencia entre el Presupuesto de Actividad y el Presupuesto Administrativo. (Esquema de ajuste PPTo Adm y PPTO Actividad).

Adecuar las líneas y el ritmo de crecimiento de la oferta sanitaria de los hospitales, a las que determine el órgano financiador del sistema (SCS) y a las necesidades reales de la población, concretadas en los planes de salud. Así, el global del sistema mejorará la efectividad de su planificación y la equidad en la distribución de recursos se potenciará.

El modelo de contratación programada de servicios asistenciales exige una *transparencia informativa* de todos los agentes del sistema para una eficiente gestión y asignación de los recursos.

La Unidad de Central de Balances del SCS garantizará la homogeneidad, la homologación y la comparabilidad de todos los datos económico-financieros resultados de la gestión y situación patrimonial de todos los centros; características necesarias para una correcta asignación de recursos.

*Sistemas de información asistencial y registros económicos eficientes* para la toma de decisiones.

- Sistemas de información asistencial que ayuden a *conocer mejor los outputs finales* tanto cuantitativamente como cualitativamente, medido éste en términos globales, es decir, asistenciales, docentes y de investigación.

- Unos sistemas de información económica y contable para la gestión, superando el registro estrictamente presupuestario, que permitirían obtener una cuenta de resultados y un estado patrimonial real. (*Cuenta de explotación y Balance de situación*) y un modelo analítico basado en una *contabilidad de costes*.

- Así mismo *parámetros de eficiencia cualitativa* en la gestión como facturación a clientes-usuarios, costes por servicios y costes por procesos y patologías. La facturación a clientes-usuarios con la entrega de una factura informativa para concienciar al usuario del coste de la asistencia sanitaria que ha recibido; factura que inicialmente se hará en función de la tarifa de UBAs asignada, pero que evolucionará hacia el coste real de la estancia hospitalaria y posteriormente del episodio patológico tratado.

*Potenciar líneas de actividad para captar clientes ajenos al sistema de cobertura de la Seguridad Social* (accidentes de tráfico, laborales, mutuas y otros) que deberían generar importantes ingresos para el sistema y de los cuales el hospital debería participar como incentivo a su captación.

Sin olvidar la naturaleza pública del hospital y el carácter social y universal de la asistencia sanitaria, hay que realizar esfuerzos, que mayoritariamente no generan incrementos de costes, para *mejorar el grado de satisfacción de los usua-*

rios (acogida, trato, información), así como cualitativos de tipo hotelero (limpieza, alimentación, etc.). Es una provisión de la atención sanitaria al usuario que satisface "globalmente" al usuario que pasa a ser un "cliente satisfecho" (ejemplo: del marketing del pequeño comerciante).

El proceso de cambio evolutivo debe apoyarse en el activo más importante del sector: *los recursos humanos*. El importante compromiso de la competitividad sólo será factible con el esfuerzo conjunto de los gestores y los profesionales sanitarios y no sanitarios, así como de los usuarios.

### Anexos: Transparencias

#### Medidas de Planificación, Gestión y Ordenación

- Creación y desarrollo del *Mapa Sanitario*
- *Acreditación y Concertación* de Hospitales
- Creación de la XHUP: Red Hospitalaria de Utilización Pública consolidando un Modelo Mixto de Provisión
  - Población protegida (1992): 5.978.638 hbits.
  - Camas Hospitalarias de Agudos: 17.500 ca.
    - 30% camas del ICS/INSALUD
    - 70% camas concertadas
  - Centros de la XHUP: 71
    - 12 centros del ICS/INSALUD
    - 59 centros concertados
- Descentralización en Areas de Gestión y gestión gerencial
- Creación del Servei Català de la Salut (SCS)
- Llei d'Ordenació Sanitaria de Catalunya (LOSC)

#### ACTIVIDAD CONTRATADA

##### Contrato-Programa

- Actividad *Hospitalaria*: "H" UBAs  
Parámetros: - Número de altas:  
- Estancia media: EM
  - Actividad *Ambulatoria*: "A" UBAs  
Equivalencias:  
Primera visita CCEE: 0,4 UBAs  
Visitas sucesivas CCEE: 0,2 UBAs  
Urgencias: 0,5 UBAs  
Interv. Ambulatorias: 0,75 UBAs  
Estancias Hosp. de Día: 0,75 UBAs
  - Actividad como *Hospital de Referencia*: "R"  
UBAs  
Precio por prueba especial  
Coste real Prog. Especiales
  - *Prótesis* quirúrgicas no recuperables: "P"  
UBAs  
gasto real / tarifa = núm. UBAs
- 
- H + A + R + P = UBAs TOTALES
- *UBAs totales x tarifa UBA = Presupuesto de Actividad del Hospital*

### SISTEMA DE PAGO Contrato-Programa

- *Parte Fija:*

70% UBAs hospitalarias mensuales  
(años pactadas/12)

70% UBAs ambulatorias mensuales  
(años pactadas/12)

x

Tarifa de la UBA

---

#### *Parte Fija*

- *Parte Variable*

1.- Actividad Hospitalaria: altas del mes  
x E.M. x 30% x Tarifa UBA

2.- Actividad Ambulatoria:  
UBAs ambulatorias x 30% x Tarifa UBA  
act. amb. mes > act. mensual pactada  
→ exceso de UBAs se pagarán al 25%

3.- Actividad de Referencia y Prog.  
Especiales: Equivalencia en UBAs de  
su coste exceso UBAs s/pactadas →  
50% tarifa UBA  
máximo mensual del 150%

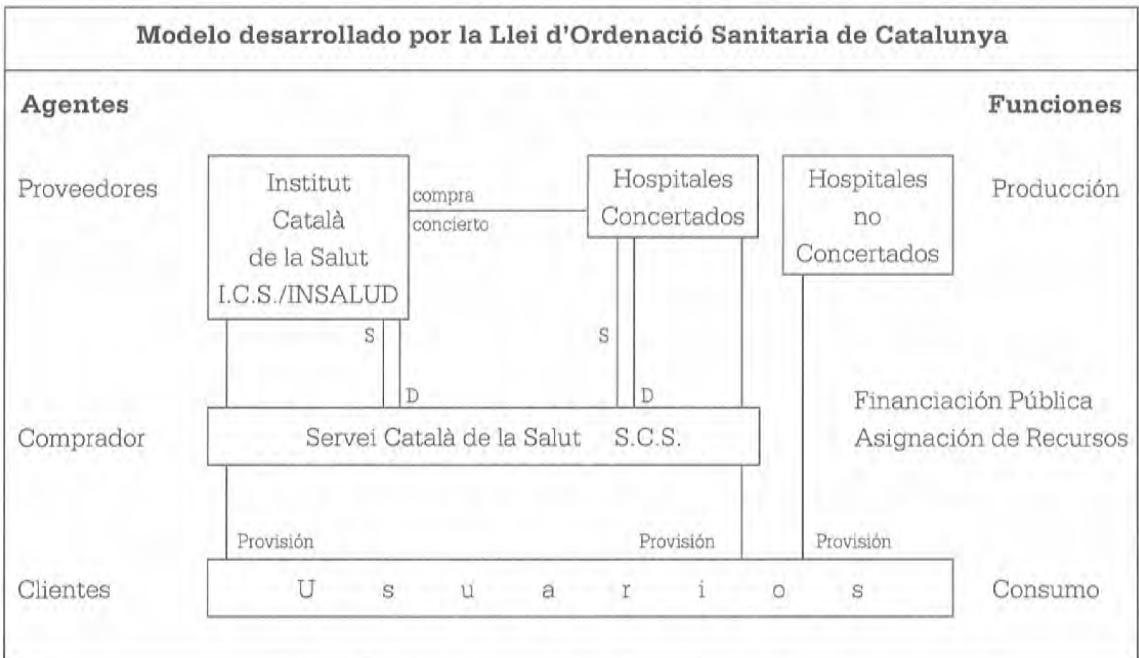
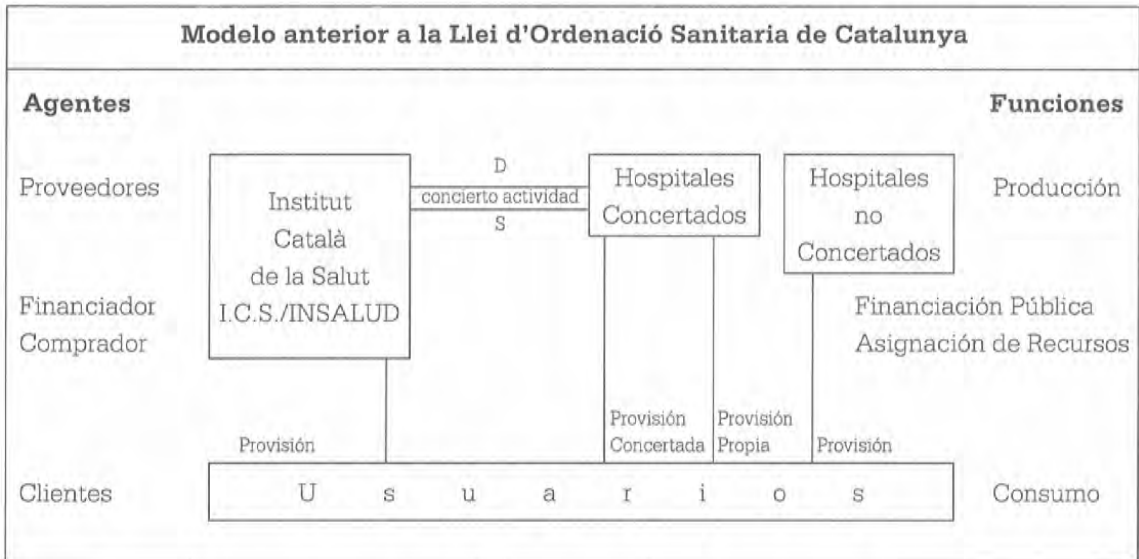
4.- Prótesis: equivalencia en UBAs  
de su coste máximo mensual del 150%

- Regularización anual de las actividades facturadas mensualmente

### Perspectivas del Sistema y de los Hospitales Públicos Puntos de Análisis y Reflexión

- Inicio de un proceso de *Cambio* organizativo, funcional y económico.
- Mayor *Autonomía* de gestión y aplicación de técnicas de gestión empresarial.
- *Priorización y Coordinación* (asist. primaria y hospitalaria) de actuaciones sanitarias.
- *Incentivar* la eficiencia.
- Evitar *Incrementalismo Presupuestario*.
- *Asignación y Gestión de Recursos* desde la óptica del *Análisis Marginal*.
- *Equilibrar necesidades y recursos utilizados*. Escenarios futuros con *Planes de Empresa*.
- *Adecuar* las líneas y el ritmo de crecimiento de la *Oferta Sanitaria* a las *Necesidades Reales* del Sistema. *Mejora* global de la *Eficiencia y Equidad del Sistema*.
- *Transparencia informativa*: Asistencial y Económica (Unidad de Central de Balances).
- *Sistemas de Información Eficientes*: conocer el *Output Real* y el *Coste* de los *Inputs*.
- Potenciar *Captación de Clientes* ajenos al Sist. Gral. de la S.S. *Incentivar* a los centros.
- Mejora del *Grado de Satisfacción del Usuario*: Marketing Asistencial.
- *Recursos Humanos*: Potenciarlos y hacerles partícipes del cambio.





### Plan de Empresa Ajuste Actividad - Recursos

