



Arturo Ortega Salazar

## Facturación versus costes en accidentes de tráfico

Ortega Salazar A, Gómez Inhiesto E, Acaiturri Ayesta T,  
Gómez Rodríguez MA, Gárate Pérez S, León Araujo C  
*Hospital Galdakao-Usansolo. Bizkaia.*

### Resumen

**Objetivos:** Nuestro objetivo ha sido demostrar que la facturación a terceros por hospitalización derivada de accidentes de tráfico según Convenio Unespa no cubre los costes del Hospital Galdakao-Usansolo (HGU).

Para ello, hemos realizado un estudio económico, sin sesgos, de los 110 pacientes atendidos por accidentes de tráfico en el servicio de Traumatología del HGU en los años 2008 y 2009, simulando diversos modelos para el cálculo de la facturación y del coste generado en la muestra utilizada.

#### *Modelos de facturación:*

- Convenio Unespa.
- Tarifas Públicas.
- Contrato Programa.

#### *Modelos de costes:*

- Coste del alta por peso medio.
- Coste del alta por estancia media del Servicio de Traumatología.
- Coste real por paciente, calculando de forma individualizada las estancias generadas, tiempos de intervención quirúrgica y las prótesis implantadas.

**Resultado:** El resultado obtenido es que el coste real es superior en un 34% a lo efectivamente facturado sin contemplar el impacto económico que generarían todas las consultas y pruebas diagnósticas posteriores al alta hospitalaria, no facturables en base al Convenio Unespa. El coste real de estos pacientes es a su vez superior a los resultados obtenidos bajo los modelos de facturación, y resto de modelos de costes.

**Conclusiones:** Deberíamos acercar las tarifas del Convenio Unespa al Coste real de estos pacientes que requieren específicamente y por su naturaleza pluripatólógica, atención urgente no programada. Asimismo, los sistemas de información

de costes deben utilizarse para la fijación y actualización de las tarifas de los servicios sanitarios.

*Palabras clave:* Facturación, Costes, Accidentes de tráfico.

## Income versus costs in traffic accidents

### Abstract

*Objectives:* Our aim has been to show that third party income for hospitalisation derived from traffic accidents, according to Unespa Agreement, doesn't cover our costs.

For it, we have realized an economic study without biases of 110 patients attended by traffic accidents in the HGU Orthopedic surgery service in year 2008 and 2009, simulating diverse models for income and cost generated in the used sample calculation

*Income calculation models:*

- Unespa Agreement.
- Public Rates.
- Contract program.

*Cost calculation models:*

- Discharge cost per average weight.
- Discharge cost per average stay at Trauma Service.
- Real cost per patient. Generated stays, surgery times and prosthetic implants individually calculated.

*Results:* The result is that real costs are 34% higher than real income, without considering the economic impact resulting from medical consultation and diagnostic test occurred after hospital discharge, which can not be charged using the Unespa Agreement. The real cost of these patients is actually higher than the results obtained on the income calculation model and other cost calculation models.

*Conclusions:* Therefore we should approach Unespa Agreement's rates to the real cost of these patients, who specifically require not programmed urgent care due to their multipathological nature. Also, Cost reporting systems should be used for fixing and updating health services rates.

*Keywords:* Income, Cost, Traffic accidents.

### Introducción

Dentro de las acciones y medidas establecidas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 18 de marzo de 2010 para promover

la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, se recogen medidas a medio plazo (para su aplicación progresiva en el periodo 2010-2013), entre las que destaca, por su concreción, la re-

ferida a revisar las tarifas por atención a los accidentes de tráfico para recuperar costes.

Además, una premisa de la que partimos es que los recursos son escasos y de que la reducción continua de los costes como objetivo primordial de la gestión sanitaria no es sostenible a largo plazo, teniendo que asumir la eficiencia como principio de gestión, y a través del control de nuestros costes por producto, asegurarnos el objetivo estratégico de disponer del equilibrio financiero necesario.

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, a través de sus Direcciones Territoriales, firma cada año un Contrato Programa con cada una de las Organizaciones de Servicios dependientes de Osakidetza, como instrumento jurídico cuyo objeto es la financiación de cada una de ellas y en el que se fija la actividad contratada a unos precios determinados, bajo unos requisitos de calidad asistencial específicos. Por otro lado, los ingresos por facturación de asistencia sanitaria a terceros obligados al pago se regulan por el Acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza por el que se aprueban las tarifas por prestación de servicios sanitarios a terceros y por otros convenios entre los que se encuentra el Convenio Unespa, que fija las tarifas por asistencia sanitaria derivadas de accidentes de tráfico, que suponen un 45% de los ingresos por terceros obligados al pago.

Y, si la evidencia establece que el coste es el montante económico que representa la prestación de cualquier servicio y el precio no puede ser inferior al coste, el objetivo que nos planteamos es demostrar que la facturación derivada de accidentes de tráfico no cubre nuestros costes y que, por tanto, deben actualizarse estas tarifas. Prestar un servicio público no significa

tener que hacerlo para otros, que están obligados al pago, muy por debajo de su coste real.

## Método

Hemos realizado un estudio económico, sin sesgos, de los 110 pacientes atendidos por accidentes de tráfico en el servicio de Traumatología del HGU en los años 2008 y 2009.

La muestra engloba a todos los pacientes en estas condiciones por lo que no se ha introducido ningún sesgo y los 110 pacientes se integran a su vez en 37 grupos relacionados de diagnósticos (GRD) diferentes, por lo que la muestra ha resultado homogénea. Los GRD es en realidad un programa informático que, alimentado con datos de los pacientes dados de alta de un hospital, es capaz de clasificarlos en grupos homogéneos. En cada grupo se clasifican pacientes clínicamente similares y con parecido consumo de recursos. A través del programa informático se obtiene un peso que pondera el consumo de recursos necesario para asistir ese tipo de pacientes. El peso es fijo y se calcula en función de los recursos reales consumidos en una base de datos histórica.

El servicio elegido ha sido el Servicio de Traumatología, porque es en él donde se producen fundamentalmente los ingresos por este motivo, y se ha extendido a dos años para que la muestra fuera lo suficientemente amplia. Hemos simulado diversos modelos para el cálculo de la facturación y del coste generado en la muestra utilizada.

En primer lugar, se han utilizado los siguientes modelos de facturación; uno la facturación real y dos simulados:

- **Convenio Unespa**, como la facturación real emitida por asistencias

derivadas de accidentes de tráfico en base a tarifas por las estancias generadas en planta de hospitalización o UCI. El convenio está suscrito por Osakidetza con UNESPA y el Consorcio de Compensación de Seguros, aunque se negocia en el ámbito nacional, es un convenio con ámbito para la Comunidad Autónoma del País Vasco. Es autónomo de los firmados por otros Servicios de Salud nacionales en cuanto a su desarrollo y utiliza las estancias como unidad de facturación. Es de resaltar que en base al Convenio Unespa tan solo son facturables las estancias, las urgencias y las sesiones de rehabilitación.

- **Tarifas Públicas**, donde se ha simulado la facturación a terceros en base al precio por GRD de las tarifas públicas. Las tarifas por prestación de servicios sanitarios a terceros se aprueban anualmente y utilizan los GRD como unidad de facturación en el área de hospitalización.

Los ingresos de uno y otro modelo se consideran de Derecho privado y son generados por la prestación de servicios a terceros, cuando concurren obligados al pago de los mismos. Constituyen recursos propios de cada una de las organizaciones dependientes de Osakidetza.

- **Contrato Programa**, como método del que se obtiene la facturación simulada en base al precio del peso por GRD establecido en el mismo. Los compromisos de actividad en el área de hospitalización se tarifican a unos precios determinados en función de que se trate de un GRD médico, quirúrgico o psiquiátrico.

En segundo lugar, se realiza la simulación para el cálculo de costes a través de:

- Aplicar el coste del alta, por peso medio, del Servicio de Traumatología en base a GRD. Extraído el valor del peso medio del servicio de Traumatología lo aplicamos al peso de cada una de los 110 altas en función del GRD obtenido.
- Utilizar el coste del alta, por estancia media, del Servicio de Traumatología por accidente de tráfico y que se realiza en base al número de estancias consumidas. Calculado el valor de la estancia media del servicio de Traumatología lo aplicamos a las estancias consumidas en cada uno de los 110 casos analizados.

Para la obtención de los costes medios de uno y otro hemos utilizado el sistema de información de costes, único para toda Osakidetza, que nos proporciona los costes del alta por peso medio y por estancia media. Osakidetza desarrolla un método de contabilidad de costes que permite conocer el coste de todos los "productos" que "vende" al Departamento de Sanidad a través del Contrato Programa y a otros clientes obligados al pago. Se trata de un sistema de costes completo que calcula los diferentes productos: altas, estancias, procesos GRD, pesos, primeras consultas, consultas sucesivas, urgencias.

- Calcular el **coste real por paciente** a través de un estudio de microcostes de cada uno de los 110 pacientes estudiados.

Para el cálculo del coste real del paciente hemos tomado el total de la estructura de costes de la hospitalización del Servicio de Traumatología que incluye los costes directos e indirectos, variables y fijos, de la cual se han extraído, de cada uno de los 110

pacientes estudiados para ser valoradas de forma independiente, las partidas más representativas como son: el coste variable de las prótesis implantadas obtenidas a través del sistema económico-financiero SAP, los tiempos de intervención quirúrgica y el número de estancias generadas, extraídos ambos del sistema asistencial AS400 y trasladados al sistema de información de costes para su valoración económica de manera individualizada.

## Resultados

Utilizando como denominador las 1036 estancias producidas por los 110 de pacientes los resultados del coste de la estancia y coste de la estancia media, según se recoge en la tabla 1, nos empiezan a mostrar unas diferencias importantes según los diferentes modelos.

Así, ordenados de menor a mayor, los resultados en euros totales de los seis modelos han sido los recogidos en la tabla 2, destacando el primer lugar el

importe real facturado y los importes obtenidos simulando los cinco modelos descritos anteriormente; resumiendo: ¿qué hemos facturado? y ¿qué hubiéramos facturado caso por caso?

Dependiendo del modelo utilizado, tenemos, por tanto, unas diferencias que van desde los 30 000 euros, en el supuesto de facturación según el peso medio, a los 141 000 euros del coste real por paciente, frente a la facturación realizada vía Convenio Unespa.

Si las diferencias obtenidas, tras la aplicación de los diferentes modelos, las representamos porcentualmente como se recoge en la figura 1, observamos que hemos dejado de facturar un 34% del coste real de los pacientes. Igualmente, se observan los porcentajes de pérdidas simuladas aplicando los diferentes modelos.

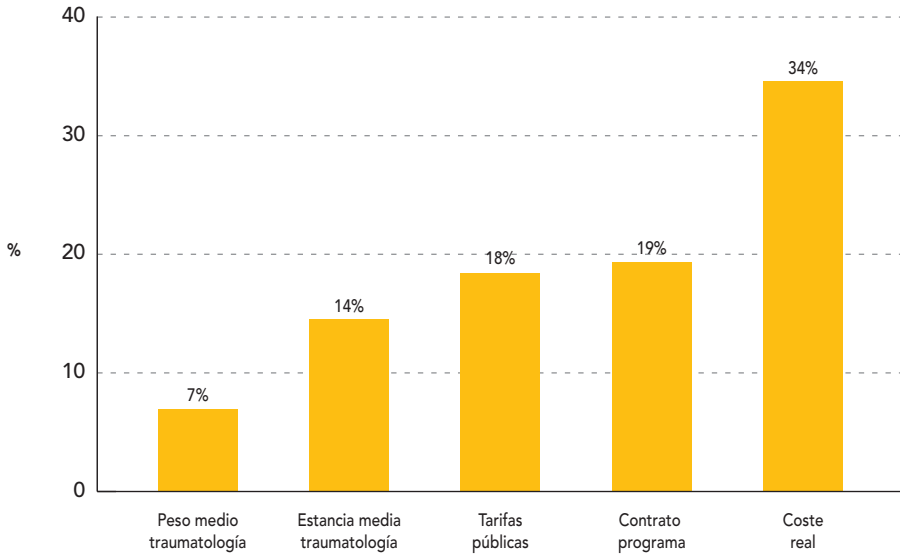
Dependiendo del modelo, tenemos unas diferencias que van desde el 7% al 34%, sin contemplar, en ningún caso, el impacto económico que generarían todas las consultas y pruebas diagnósticas posteriores al alta hospitalaria,

**Tabla 1. Tabla comparativa del coste por día y el coste de la estancia media, en euros**

Modelos analizados	Coste día	Coste estancia media
Accidentes de tráfico por estancias	407	3832
Tarifas públicas	479	4516
Contrato programa	484	4563
Peso medio Servicio Traumatología	437	4117
Estancia media Servicio Traumatología	463	4360
Coste real por paciente	543	5118

**Tabla 2. Tabla comparativa del modelo real y modelos de simulación, en euros**

Modelos analizados	Importe	Diferencia
Accidentes de tráfico por estancias	421 486	-
Peso medio Servicio Traumatología	452 246	30 760
Estancia media Servicio Traumatología	479 556	58 070
Tarifas públicas	496 739	75 253
Contrato programa	501 917	80 431
Coste real por paciente	563 012	141 526



**Figura 1. Tabla comparativa del modelo real y modelos de simulación, en porcentaje**

que no son facturables en base al Convenio Unespa.

Si a su vez, según la tabla 3, extrapolamos estos porcentajes al volumen de la facturación en Osakidetza por hospitalización, durante los años 2008-2009 por accidentes de tráfico, hemos dejado de ingresar según los diferentes modelos utilizados en la simulación los importes que se indican en dicha tabla.

El último resultado que se extrae es que coste real de estos pacientes es

muy superior, a su vez, a los resultados obtenidos bajo los modelos de facturación, y resto de modelos de costes.

### Conclusiones

- Nuestras tarifas para la facturación de la hospitalización a terceros por accidente de tráfico están muy por debajo de todos los resultados obtenidos bajo los cinco modelos con los que los hemos comparado.

**Tabla 3. Tabla de pérdidas simuladas en facturación a nivel de Osakidetza, en euros**

Resultados obtenidos para Osakidetza	Importe
Peso medio Servicio Traumatología	653 669
Estancia media Servicio Traumatología	1 234 032
Tarifas públicas	1 599 194
Contrato programa	1 709 225
Coste real por paciente	3 007 548

- Deberíamos utilizar el coste real de estos pacientes que requieren, específicamente y por su naturaleza pluripatológica, atención urgente no programada.
- Los sistemas de información de costes deben utilizarse para la fijación y actualización de las tarifas de los servicios sanitarios.
- Se establece la necesidad de desarrollar modelos de gestión que calculen el coste por paciente.

### Discusión

El estudio realizado se ha circunscrito únicamente a la hospitalización que han generado estos pacientes, sin tener en cuenta todas las consultas y pruebas diagnósticas de control posteriores al alta hospitalaria, ya que el Convenio Unespa las excluye de su facturación.

Cabría pensar que, siendo las tarifas de la urgencia superiores al coste medio de la Urgencia Hospitalaria o de Atención Primaria, compensan las posibles pérdidas generadas por la facturación en concepto de hospitalización o estancias, pero hay que resaltar que en la tarifa de la urgencia tampoco se tienen en cuenta todas las consultas y pruebas que se generan a posteriori, en Atención Primaria o Especializada, por lo que entendemos, a su vez, que el coste global de esta asistencia es superior al precio del Convenio Unespa.

### Agradecimientos

No quisiera finalizar sin agradecer el trabajo desarrollado por todas las per-

sonas que alimentan y gestionan todos los sistemas de información de los que nos hemos servido para la realización de este estudio: en especial aquellas que trabajan en Contabilidad Analítica y aquellas que lo hacen en los sistemas de Codificación Asistencial.

Agradecer también al Comité Ético de Investigación Clínica del HGU su evaluación y el informe favorable a la realización de dicho estudio.

### Bibliografía

1. Convenio marco para la asistencia sanitaria pública derivada de accidentes de tráfico para los ejercicios 2008 y 2009.
2. Contratos Programa firmados entre la Delegación Territorial de Bizkaia del Departamento de Sanidad y Consumo y el HGU durante los años 2008 y 2009.
3. Tarifas para facturación de servicios sanitarios y docentes para los años 2008 y 2009.
4. Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v. 21.0) Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osakidetza/Servicio vasco de salud ISBN: 84-89342-23-7.
5. Manual de Imputación de Costes I de Osakidetza de junio de 1998. Manual de usuario de Aldabide.
6. Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial del SNS de 18 de marzo de 2010.