

Financiación por facturación

D. JOSÉ LUIS ALCAZAR SERRANO. *Gerente del Hospital San Agustín*

Como paliativo del progresivo incremento del gasto sanitario, frente a una demanda que se revela ilimitada, se ha propuesto, entre otras, las siguientes medidas:

- Separación, dentro del sector público, de la función financiadora de la de provisión de servicios.
- Cambio en el modelo de financiación de los hospitales públicos.
- Introducción de elementos de gestión privada⁽¹⁾.

Desde la óptica de la gerencia de un hospital público, integrado en la Red INSALUD, la facturación del producto sanitario posibilita la adopción de las dos últimas medidas apuntadas y se configura como una herramienta de gestión, que permite servir de:

- Instrumento de medida del output
- Evaluador indirecto de la calidad
- Inductor de eficiencia en un mercado competitivo/intervenido.

Pero dicho sistema exige, como condición a cambio, la existencia de unos requerimientos, que podríamos enunciar así:

- Cambio de cultura organizativa hacia una auténtica *Empresa de Servicios con Filosofía de*

Marketing. Este cambio debe producirse no sólo a *nivel gerencial (agente modulador)*, sino también, y de manera imprescindible, a *nivel del núcleo operativo (agente decisor)*, lo que conlleva:

- Capacidad de Gestión Presupuestaria con Libertad de Movimiento entre Capítulos, Posibilidad de Reinvertir los Excedentes y una auténtica Política de Amortización.
- Capacidad de Gestión de los Recursos Humanos con posibilidad de Redefinir Organigramas y Puestos de Trabajo, separando Promoción Profesional/Línea de Gestión, formalizando Estructuras Salariales Variables y estableciendo una Política de Incentivos real.
- Identificar el producto hospitalario, tanto a nivel de producto intermedio (placas, determinaciones, menús, etc.), útil para la facturación interna, como a nivel de producto final (Estancias, Procesos Ambulatorios, UBAs, UPAs, DRGs, PMCs, PSIs, etc.), con la condición de que se empleen criterios homologables en todos los hospitales de la red.
- Estructura de Centros de Coste homologada.
- Sistema de imputación y reparto de costes homologado.

- Sistema de Información Sanitario, que aporte datos no sólo de Actividad asistencial, sino Económicos y de Estructura.

- Aplicación Informática, que sirve de eslabón entre las Unidades de Admisión, Facturación y Cobros, Contabilidad y la propia Agencia Contratante (¿?). Por tanto, deberá incorporar el C.M.B.D. a la facturación, de tal suerte que posibilite el análisis de los costes de los diferentes procesos. La aplicación deberá "correr" en el mismo lenguaje operativo que las otras aplicaciones funcionantes (DIAS, SICAP, SIGNO I y II, Lista de Espera, etc.).

- Facturar toda la asistencia prestada, con independencia del Agente Garante o Caja Pagadora.

Se debe hacer hincapié en que *"la capacidad de gestión de una empresa viene determinada por su sistema económico"*, el cual está formado no sólo por el *sistema de financiación*, sino, y de manera muy importante, por la *capacidad de decisión sobre los gastos*.

Cambio de modelo de financiación

Como señala Bohigas, tradicionalmente, en los hospitales públicos:

- La financiación proviene de un presupuesto aprobado por la administración sanitaria.

- Los gastos del hospital, especialmente el de personal, están marcados por políticas superiores.

- Una vez fijados ingresos y gastos, el hospital atiende en ausencia de un análisis adecuado de su organización, más o menos pacientes según demanda, sin existencia de ningún estímulo económico por aumentar la actividad y sin una ligazón directa entre ésta y los recursos empleados.

Los Sistemas de Presupuestación en los Hospitales Públicos de la Seguridad Social:

- Presupuesto Incrementalista: Favorecedor del que más gasta, convirtiéndose en inductor de ineficiencia y aún de inequidad.

- Presupuesto en Base Cero: Prima la estructura previa y perpetúa la existencia de desequilibrio de recursos.

- Presupuesto por Programas –PPBS–: Estableciendo una relación directa entre el gasto y su finalidad, exigiendo una programación de los objetivos dentro de un Plan de Empresa (poco aplicado por su extrema laboriosidad y complejidad y porque no puede garantizar el comportamiento eficiente de todos los miembros de la organización).

han perdido su poder como instrumento de gestión debido, básicamente, a su insuficiencia inicial. Cuando se dice triunfalmente: el próximo año habrá un crecimiento presupuestario del x %, o: el presupuesto de sanidad crece más que el IPC, etc., la realidad es que el gasto consolidado al cierre del ejercicio ya ha superado el presupuesto anunciado.

Todo lo anterior hace necesario que el Hospital, ante el progresivo incremento de los costes sanitarios, y desde la perspectiva del binomio coste/eficiencia, obtenga su principal fuente de ingresos a través de la facturación de sus productos, con capacidad de reinvertir los excedentes y con capacidad de dotar adecuadamente los fondos de amortización, minimizando las subvenciones a la explotación que, por razones de equidad, deban subsistir. (Nueva y/o Alta Tecnología de equipamientos por estándares poblacionales, etc.).

El Hospital, como empresa sometida a las exigencias del Plan General Contable, debe determinar su Cuenta de Pérdidas y Ganancias, diferencia entre los ingresos y gastos habidos en un

determinado ejercicio, lo que implica identificar las partidas que constituyen los ingresos (derivados de la facturación u otros conceptos) y los gastos.

Cuenta de Explotación		
Ingresos		
Actividad		[Barra]
Proc. Tarifa UPA	[Barra]	
Proc. Extr. UPA		
Proc. Terceros		
Docencia/Investigación		[Barra]
Otros		[Barra]
Alquileres	[Barra]	
Teléfono		
Mat. desech.		
Placentas		
Plata		
Form. Prof.		
Diversos		
	(I) Total Ingresos	[Barra]
Gastos		
Personal		[Barra]
BB.CC. y SS.		[Barra]
Arrend.	[Barra]	
Mat. San.		
Fármacos		
Prótesis		
Hostelería		
Otros		
Amortizaciones		[Barra]
	(II) Total Gasto	[Barra]
	Saldo de Tesorería (I-II)	[Barra]
	Subvención a la explotación	[Barra]
	Saldo Final	[Barra]

Por otro lado, es evidente que si la facturación de la asistencia va a ser la principal fuente de financiación del hospital, y las tarifas van a estar fijadas por la Agencia Contratante, el Hospital necesita de una *Contabilidad de Costes* que le permita conocer si los distintos conceptos imputados a la factura cubren sus costes y, en caso contrario, analizar las desviaciones e implementar las medidas correctoras pertinentes.

La cuenta de Resultados adquiere así otra dimensión

Cuenta de Explotación	
Ingresos	
- Gastos Variables	
MARGEN DE CONTRIBUCION	
- Gastos Fijos	
Resultado	

Margen de Contribución (M.C.), diferencia entre ingresos y gastos variables, es la aportación de la actividad del hospital para cubrir los gastos fijos.

Coste Variable unitario (C.V.u.), se obtiene de dividir los Gastos Variables Totales entre el Número de Unidades de Producto.

Margen de Contribución unitaria (M.C.u.), es la diferencia entre la Tarifa percibida por Unidad de Producto y el Coste Variable unitario.

El Objetivo económico-asistencial del Hospital es alcanzar un volumen tal de actividad que permita que el Margen de Contribución cubra o supere a los Gastos Fijos. Este *Punto de Equilibrio* viene dado por la división de los Gastos Fijos entre el Margen de Contribución Unitario.

Así, la Cuenta de Explotación del Hospital "XXXXXX" con el que se ha pactado una Tarifa de 25.000 ptas. por Unidad de Producción y que ha obtenido un volumen de actividad de 180.000 Uds. de P., sería:

Hospital: "XXXXXX"

- Tarifa: 25.000 ptas.
- Producción: 180.000 U. P.

Cuenta de Explotación	
Ingresos	4.500.000.000
- Gastos Variables	1.200.000.000
MARGEN DE CONTRIBUCION	3.300 M.
- Gastos Fijos	3.650.000.000
Resultado	- 350.000.000

$C.V.u. = G.V.t. / N^{\circ} U.P. \dots\dots\dots 6.666,67 \text{ pts.}$

$M.C.u. = T - C.V.u. \dots\dots\dots 18.333,33 \text{ pts.}$

$\text{Punto de Equilibrio} = G.F. / M.C.u. \dots\dots\dots 199.091 \text{ U.P.}$

El Hospital "XXXXXX" debería aumentar la producción en 19.091 Uds. de Producto, si quiere saldar a *Cero* la Cuenta de Resultados.

Para alcanzar el equilibrio a Tarifa fija (Centro de Coste) es, pues, preciso:

- Maximizar la Producción o
- Minimizar el Coste o
- (Ajustar la Tarifa)

Herramienta de Gestión

Instrumento de medida del output

Con independencia de cuál sea la Unidad de Medida del Producto a facturar por el hospital, dentro de su Cartera de Servicios, (Estancias, Consultas, Sesiones, UBAs, UPAs, PMCs, DRGs,

etc.), debe existir un nivel mínimo de desagregación que posibilite un análisis de costes de los distintos conceptos que la integran, con objeto de evaluar la rentabilidad del proceso.

Esta y las siguientes tablas presentan diversos niveles de desagregación, según Area de Asistencia:

Factura de Hospitalización
Personal
Farmacia
Material Sanitario
Hostelería
Expl. Complementarias
Quirófanos
Prótesis
UCI
Gastos de estructura

Factura de Consulta Externa
Personal
Material Sanitario
Expl. Complementarias
Gastos de estructura

Factura de Urgencia
Personal
Material Sanitario
Expl. Complementarias
Gastos de estructura

Evaluador indirecto de la calidad

La Calidad se define como el conjunto de características que presenta un producto que le permitan satisfacer de modo eficiente las necesidades y/o expectativas del cliente.

Se habla de la imposibilidad de medir los costes de la calidad. El coste de la calidad es cualquier coste que no se hubiese producido si la calidad fuese perfecta (Campanella, 1992). Se obtiene sumando todos los costes que desaparecerían si no hubiese problemas de calidad: C. de Prevención, C. de Evaluación, C. de Fallos Internos y C. de Fallos Externos.

Los Costes de Calidad representan entre un 15 y un 20% del total de facturación por ventas de una empresa. Una empresa con un programa bien establecido de administración de calidad puede reducir el coste de calidad a un 2,5% del total de sus ventas, fundamentalmente invirtiendo en actividades de evaluación y prevención.

El análisis de los costes de la calidad constituye una fuente de información que permite identificar el tipo de acciones prioritarias para mejorar la competitividad y rentabilidad de un producto.

En el caso que nos ocupa, la facturación de los diferentes procesos, y de los productos intermedios imputados en su coste final, permite analizar las desviaciones sobre la rentabilidad de los mismos, bien por causas imputables a una incorrecta asignación del proceso a un grupo de facturación determinado (defectuoso sistema de recogida de datos, codificación errónea, etc.), bien por causas imputables a una mala praxis de la organización (incorrecta protocoli-

zación diagnóstica o de los cuidados, ausencia de políticas de uso de antimicrobianos, técnicas diagnóstico-terapéuticas defectuosas, etc.). En cualquier caso, el análisis detenido del proceso permite implementar políticas de calidad y, por ende, eliminar los costes de la no calidad.

Inductor de eficiencia en un mercado competitivo/intervenido (Competencia Interna)

Hoy por hoy, en los Hospitales Públicos, al igual que en la mayoría de los distintos Departamentos de la Administración Pública, son inapropiados los objetivos de coste, beneficio y rendimiento. Se funciona sobre bases meramente presupuestarias: a cada centro se le entrega en cada ejercicio un presupuesto de gasto y se ordena una provisión de servicios, sin cobrar por ellos, no existiendo relación entre los recursos empleados y el producto obtenido.

Los problemas prácticos que plantean consisten, comúnmente, en cómo determinar el presupuesto óptimo y cómo controlar la calidad del servicio.

Al no pagar los usuarios por dichos servicios, la tendencia de los responsables de estos departamentos a *construir imperios* encuentra un aliado natural en los clientes. [El asegurado y el prestador de la atención sanitaria no tiene ningún incentivo para ser eficientes en el consumo de recursos]. Pues bien, el cobro de los servicios proporciona un control automático del proveedor del producto o servicio interno y elimina este exceso de demanda que parecen sufrir los centros del gasto discrecional.

¿Cómo conseguir introducir eficiencia en los proveedores de atención sanitaria?

Una de las propuestas más difundidas es confiar en la *Competencia Interna* como instrumento dinamizador de la eficiencia, en línea con lo preconizado en el documento "Working for Patients" o en el propio "Informe Abril". Con ello se espera conseguir:

- 1.- Reducir la ineficiencia provocada por la ausencia de competidores en el mercado.
2. Explotar los posibles excesos de capacidad entre diferentes instituciones sanitarias, permitiendo movilizar pacientes y recursos, evitando listas de espera.
3. Conseguir las economías de escala, por ampliación del mercado, que permitiría que algunas organizaciones o servicios alcanzaran el tamaño mínimo eficiente.

El mercado interno puede funcionar de forma regulada o bien con total libertad. En el primer caso, las autoridades sanitarias fijan los precios de los diferentes procesos asistenciales (DRGs, PMCs, UBAs, UPAs) en un *Sistema de Pago Prospectivo*, en el que la eficiencia del centro va a determinar el que sea capaz de cubrir sus costes. La segunda alternativa consiste en permitir el mayor grado de libertad posible a las partes, en la confianza de que la rivalidad entre proveedores permita al demandante obtener las mejores ofertas, medidas por el binomio coste-eficacia.

El diseño organizativo que se fije deberá asegurar, en cualesquiera de las situaciones, que se consigue aumentar la eficiencia, pero garantizando la calidad y la adecuada accesibilidad a los servicios contratados en condiciones de equidad.