

Título

COSTE GRD: MODELO TRADICIONAL VERSUS COSTE POR PACIENTE. COMPARACIÓN DE RESULTADOS

Clasificación

14- Gestión económica

Palabras clave: PACIENTE, GRD

Autores

CARMEN ORTEGA TORRES; MANUEL DEL ORO HITAR;

INTRODUCCION

La mejora y fiabilidad de los sistemas de información sanitarios permiten obtener el coste del proceso GRD mediante dos modelos bien diferentes; el tradicional y el de imputación de coste por paciente y episodio, más orientado –este último- a gestión de procesos que a departamentos funcionales. Pretendemos poner de manifiesto las diferencias obtenidas, tanto en valores cuantitativos como cualitativos, entre ambos modelos.

MATERIAL Y METODOS

Se ha utilizado datos de actividad clínico-económica del HIS central del hospital y de los sistemas de información departamentales, así como CMBD y contabilidad analítica correspondientes al año 2008. Método tradicional: los costes de los Servicios finales se trasladan hasta los GRD en función del peso relativo de cada producto (costes medios). Imputación a paciente: es sensible a la naturaleza transversal y multidisciplinar del proceso asistencial, por lo que hace necesario el análisis de todos los actos, actividades y productos intermedios necesarios para el diagnóstico y tratamiento de cada paciente, constituyendo de esta forma el catálogo de productos del hospital. Además tiene en cuenta factores como los cierres contables, la existencia de pacientes ingresados a fin de ejercicio, los traslados interservicios, la codificación de GRD's 469 y 470, la aparición de GRD's con estancia cero, etc. También hay que indicar que en este método el periodo de cálculo es de dos años, por lo que el coste de unitario de las actividades y productos se acerca más al coste medio en este periodo que al coste del producto en el año en curso (coste utilizado en el método tradicional). En nuestro modelo, el coste por paciente se construye por agregación de tres grandes conceptos: • Coste directamente imputado a paciente y episodio (implantes, unidosis, dietas, programas de trasplantes, etc.). • Coste de los productos y actividades del catalogo consumidos por cada paciente y episodio (analíticas, técnicas diagnosticas y terapéuticas, tiempos de quirófano, estancias, etc.). • Resto de coste, situado en cada GFH, no imputable directamente al paciente. La bondad de este sistema es directamente proporcional a la magnitud acumulada en los dos primeros conceptos. En nuestro Centro, Hospital Universitario 12 de Octubre, la imputación directa a paciente (CMBDH y CMBDA) en 2008 fue superior al 85 % del coste total. La bondad de este sistema es directamente proporcional a la magnitud acumulada en los dos primeros conceptos. En nuestro Centro, Hospital Universitario 12 de Octubre, la imputación directa a paciente (CMBDH y CMBDA) en 2008 fue superior al 85 % del coste total.

CONCLUSIONES

Se compara el coste de la Unidad de Complejidad Hospitalaria y el coste medio de cada GRD, obtenidos por la aplicación de ambos métodos. También se presenta un análisis multidimensional del coste GRD, calculado por el método de imputación a paciente, según las diferentes clasificaciones de actividades y costes, lo que nos permite construir cada proceso

como una suma de prestaciones de las que conocemos tanto el volumen consumido como el coste unitario. La utilización del método de imputación a paciente ofrece el grado de desagregación necesario para poder gestionar y optimizar el proceso asistencial, permitiendo a clínicos y gestores analizar con claridad la cadena de decisión que origina el coste de cada proceso.