

Financiación en Centros Sanitarios de Andalucía

Miguel Moreno Verdugo¹

¹Director del producto Servisalud DKV Seguros (España).

Resumen / Abstract

Resumen.

Introducción. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha financiado a sus centros sanitarios desde la descentralización de competencias sanitarias en materia de gestión de centros sanitarios de la Seguridad Social (RD 1989/84) hasta finales de los años 90 mediante el sistema de costes retrospectivos o históricos.

A partir del año 1999 la Junta de Andalucía se planteó un modelo de financiación vinculando progresivamente actividad y costes, planificando la actividad, con partidas específicas que reconocieran particularidades de cada hospital. Este modelo se volvió a implantar en los años 2000 y 2001.

Sin embargo, todas estas estrategias presupuestarias han fracasado al no conseguir su objetivo de ligar financiación con actividad. De ahí que la Junta haya cambiado el modelo de financiación a partir del año 2002 basándolo en la población adscrita, abandonando el anterior de financiación por actividad. El sistema estaba basado en un principio en la población del área hospitalaria de referencia sobre la base del último censo aprobado y ajustada por una serie de indicadores: mayores de 65 años, desplazados, costes de estructura y docencia. La información del sistema está basada en la base de datos de usuarios creada por la propia Junta de Andalucía, e integrada en el sistema DIRAYA, al margen de la información del censo real o de los titulares y beneficiarios del sistema de Seguridad Social

Análisis: Sin embargo, todos los expertos internacionales están en contra de financiar a los hospitales mediante criterios capitativos o de población asignada. Tiene sentido financiar per-cápita áreas de salud o áreas integradas de gestión, como se denominan en Andalucía, que incluyan centros de atención primaria y hospitales, pero no centros hospitalarios de forma individual. Andalucía es la única región del mundo con competencias en materia sanitaria que financia a sus hospitales mediante población adscrita. El sistema DIRAYA y la base de datos de usuarios no se encuentra integrado con los sistemas de información de contabilidad presupuestaria de la Junta (JUPITER) ni con el nuevo sistema de información y gestión logística del SAS aún no puesto en marcha: el sistema SIGLO.

Conclusiones y propuesta de modelo: Los distritos de atención primaria se financiarían mediante un sistema de capitación ponderada ajustada por criterios de accesibilidad y edad. Las áreas hospitalarias se financiarían

según criterios de actividad medidos por GRDs (fijadas las actividades y precios o tarifas según procesos). La actividad dependerá de los pacientes que sean remitidos desde los médicos de atención primaria que actuarán de consultores de los ciudadanos, los cuales tendrán la posibilidad de libre decisión para escoger hospital y médico especialista. Sería necesario integrar el sistema de gestión de centros sanitarios en Andalucía denominado DIRAYA con los sistemas de contabilidad presupuestaria y de gestión de compras y logística llamados SIGLO, para un funcionamiento integral y coordinado.

Introduction. The Ministry of Health of the Andalusian Government has funded health centers since the decentralization of health management in health centers in the Social Security (RD 1989/84) until the late 90's through the system of retrospective cost or historical.

Since 1999, the Andalusian was raised a funding model progressively linking activity and costs, planning activities, with specific items to recognize characteristics of each hospital. This model was further implemented in 2000 and 2001.

However, all these budget strategies have failed to achieve its objective of linking funding activity. Hence, the Board has changed the funding model from 2002, basing it on the enrolled population, leaving the previous funding activity. The system is based initially on the area's population reference hospital on the basis of approved and most recent census adjusted for a number of indicators: 65 and older, displaced, cost structure and teaching. The system information is based on the database of users created by the Board of Andalusia, and integrated into the system DIRAYA, regardless of the actual census data or the owners and beneficiaries of the Social Security system.

Review. However, all international experts are against funding to hospitals by the capita or population criteria assigned. It makes sense to fund per-capita areas of health and integrated management areas, as they are called in Andalusia, including primary care and hospitals, but hospitals individually. Andalusia is the only region with expertise in health care that hospitals financed by their enrolled population. DIRAYA system and the user database is not integrated with accounting information systems budget of the Board (Jupiter) and the new management information system and logistics SAS launched yet: the system CENTURY.

Conclusions and proposed model. Primary care districts would be funded through a capitation adjusted weighted criteria of accessibility and age. The hospital is funded areas of activity as measured by criteria DRGs (set of activities and processes according to market rates). The activity depends on patients who are referred from primary care physicians who act as consultants for citizens, which will have the possibility of free choice to choose the hospital and doctor. Would be necessary to integrate the management of health facilities in Andalusia called DIRAYA with budgetary and accounting systems of procurement and logistics management CENTURY called for a comprehensive and coordinated operation.

Introducción

La financiación tradicional de los hospitales en España y Andalucía ha sido la retrospectiva o de costes históricos: cada año se financiaba cada centro en función del presupuesto del año anterior incrementado en una cantidad variable en función del IPC u otros factores. Estos sistemas de financiación son muy fáciles de aplicar, permiten un fuerte control centralizado del gasto en cualquier actividad administrativa, excepto la sanitaria (debido a que los poderes residuales de decisión se encuentran muy descentralizados en los médicos); pero generan fuertes ineficiencias en el sistema y no trasladan riesgos a los agentes implicados.

Sin embargo, a partir de la publicación del informe Abril Martorell, se empezaron a utilizar a nivel INSALUD y diferentes servicios regionales de salud la figura del contrato-programa. Se trata de un instrumento de relación con los centros públicos sanitarios que vincula la actividad al presupuesto asignado a cada centro. Por tanto, el objetivo es establecer un sistema de financiación prospectiva. Así, el INSALUD a partir del año 1993 comenzó con la implantación de su primer contrato-programa con sus centros hospitalarios, transformando el sistema tradicional de gasto histórico por un sistema prospectivo basado en actividad prevista y una tarifa estándar. Los objetivos de actividad se valoraban en Unidades Ponderadas de Asistencia (UPAs). Posteriormente, a finales de los años 90 la financiación de los hospitales del INSALUD se modificó parcialmente a un sistema basado en dos componentes: por una parte la estructura del centro, y por otra, la tarifa fijada por producto, basada en la clasificación de pacientes por

Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs). Para la actividad que se realiza sin hospitalización se dispone de un sistema de medida basado en productos intermedios, junto a tarifaciones específicas para ciertos procesos ambulatorios.

En Andalucía, para el ejercicio económico 1999, se planteó un modelo de financiación en la misma línea de vincular progresivamente actividad y costes, planificando la actividad, cerrando el presupuesto y con partidas específicas que reconocieran las particularidades de cada hos-


pital. Este modelo se volvió a implantar en los años 2000 y 2001. Se identificaban cuatro partidas en la financiación de

La financiación de la actividad se realiza sobre la base de la identificación de líneas de producto: hospitalización, urgencias no ingresadas, consultas, cirugía mayor ambulatoria, cirugía menor ambulatoria, hospital de día médica y hemodiálisis.

cada hospital: costes extraídos, entorno o estructura, actividad clínica y subvención. La partida de costes extraídos engloba costes específicos de cada hospital que no son financiables ni por el entorno ni por actividad. Se incluyen costes de personal del hospital que presta servicio en otro centro, liberados sindicales, salud mental sin hospitalización, servicios especiales de urgencias, medicación a pacientes externos, retribuciones de MIR, escuelas de enfermería, unidades docentes y pruebas diagnósticas solicitadas desde atención primaria. La financiación de la actividad se realiza sobre la base de la identificación de líneas de producto: hospitalización, urgencias no ingresadas, consultas, cirugía mayor ambulatoria, cirugía menor ambulatoria, hospital de día médica y hemodiálisis. Para medir la actividad hospitalaria y homogenizarla en primer lugar se utilizó una escala relativa de valor propiamente andaluza (EVA o escala de valoración andaluza), para después utilizar los GRDs de acuerdo a la complejidad

de cada hospital.

Todas estas estrategias presupuestarias han fracasado al no conseguir su objetivo de ligar financiación con actividad. Los recursos se relacionan con actividad esperada, pero las variaciones en actividad sólo pro-

 **Los centros han sido dotados en sus presupuestos de manera insuficiente, debido a que la propia Junta de Andalucía dedica a sanidad muy poco dinero**

ducen variaciones ligeras de recursos. Aquellos hospitales ineficientes o que producen menos GRDs o EVAs de las esperadas no reciben menos financiación que con el sistema incrementalista de costes históricos, con lo

que en la práctica se repiten los mismos vicios del sistema de costes históricos.

A partir del año 2002 la Junta de Andalucía pone en marcha un sistema de financiación de sus hospitales basado en la población adscrita, abandonando el anterior de financiación por actividad. El sistema estaba basado, en un principio en la población del área hospitalaria de referencia sobre la base del último censo aprobado y ajustada por una serie de indicadores (mayores de 65 años, desplazados, costes de estructura y de docencia). Se justifica el nuevo modelo en base a reforzar el papel de los ciudadanos, cubrir no sólo la asistencia sanitaria sino también la cobertura, trasladar el riesgo financiero a los centros sanitarios e involucrar a los profesionales sanitarios en la descentralización de los objetivos sanitarios, además permite asegurar un control del gasto sanitario. Actualmente, el sistema es similar pero la base capitativa esta basada no en los censos de población sino en la BDU.

Sin embargo, toda la literatura científica española e

internacional está en contra de financiar a los hospitales mediante criterios capitativos o de población asignada. Tiene sentido financiar per-capita áreas integradas de gestión que incluyan atención primaria y hospitales, pero no centros hospitalarios de forma individual. Andalucía es la única región del mundo con competencias en materia sanitaria que financia a sus hospitales mediante población adscrita.

Además, durante todos los últimos años, independientemente del sistema de financiación del hospital, estos centros han sido dotados en sus presupuestos de manera insuficiente, debido a que la propia Junta de Andalucía, como decíamos antes, dedica a sanidad muy poco dinero, mucho menos de la media de las Comunidades Autónomas españolas y claramente insuficiente para las necesidades sanitarias existentes. Ello ha generado la existencia todos los años de lo que se denomina deuda extrapresupuestaria de la que también hablábamos con anterioridad.

La mayoría de los autores internacionales expertos en esta materia explicitan algunas características que deben tener los sistemas de financiación de los hospitales:

1. Equidad

El modelo de financiación hospitalario tiene que ser compatible con los compromisos de garantizar el acceso de todos sus ciudadanos a los servicios sanitarios. Esta restricción de equidad emana del mandato constitucional y de la LGS, y aunque no puede interpretarse en términos absolutos, podemos considerar que se postula el derecho de cualquier ciudadano de recibir un conjunto amplio de servicios sanitarios con independencia de su estatus social y económico y del lugar geográfico donde viva.

Debemos evitar sistemas de financiación que pudieran implicar selección de riesgos por parte de hospitales a pacientes con expectativas de costes superiores a los ingresos previstos.

2. Eficiencia

El modelo de financiación debe incentivar la producción eficiente de servicios. Una condición necesaria para incentivar la eficiencia es no garantizar todos los costes en que incurran los hospitales. Esto implica inevitablemente un cierto traslado de riesgos del financiador a los hospitales y por tanto, a los directivos y profesionales que trabajan en ellos.

3. Control de costes

Debe permitir la predicción presupuestaria del financiador e impedir el crecimiento descontrolado de los gastos.

4. Calidad.

El contrato de financiación debe considerar explícitamente las cuestiones referidas al establecimiento de calidad en la prestación de servicios.

5. Estabilidad

Los centros sanitarios deben tener expectativas sólidas sobre financiación a lo largo del tiempo. Es decir, el traslado de riesgos inducido por el método de pago no debe ser excesivo.

6. Aceptable

El financiador y los proveedores deben considerarlo aceptable. Esta característica no debe interpretarse en términos paretianos, ya que implicaría unos derechos de veto de cualquier agente a la realización de cambios.

Propuesta de Financiación de Centros

El modelo que consideramos que cumple con estas características sería el planteado en el apartado I cuando decíamos que los distritos se financiarían a través de un sistema de capitación ponderada ajustado por criterios de accesibilidad y edad. Las áreas hospitalarias se financiarían según criterios de actividad medidas mediante GRDs (fijadas las actividades y precios o tarifas según procesos). La actividad dependerá de los pacientes que sean remitidos desde los médicos de atención primaria que actuarán de consultores de los ciudadanos, los cuales tendrían la posibilidad de libre decisión para escoger hospital y médico especialista. Por tanto, la financiación del hospital dependerá de los pacientes que elijan a sus médicos y su propio centro. Para ello el usuario deberá tener información de los aspectos relacionados con la accesibilidad, trato, confort, etc. de los centros hospitalarios, así como de la calidad técnica, tecnología, adecuación y coordinación de cuidados de enfermería, etc. Se trata de un sistema de competencia regulada donde la financiación sigue al paciente

Se trata de un sistema de competencia regulada donde la financiación sigue al paciente

Este sistema de gestión por actividad en función de la elección de pacientes para hospitales es mucho más incentivador que el modelo actual de financiación ba-

sado en la población adscrita ajustada por diversos parámetros. Andalucía es la única región/país del mundo que financia sus hospitales por criterios capitativos y no de producción u otros factores. Dentro de cada hospital y distrito la forma de gestión sería a través del desarrollo de las unidades clínicas de gestión.

En el ámbito de la atención primaria el sistema de financiación, como hemos dicho, sería capitativo (población censada, empadronada más población flotante) ajustada por algunos parámetros como edad (mayores de 65 años o menores de 14 años) y complejidad. Los sistemas de financiación capitativos o por necesidad sanitaria ajustada poseen varias ventajas respecto a los sistemas retrospectivos o incrementalistas vigentes hasta los años 90: valoran la demanda sanitaria independiente de la oferta, y les afecta menos la complejidad del ajuste poblacional. Además aseguran un control del gasto, la equidad (igual acceso por igual necesidad) y eficiencia (hacemos a los proveedores sanitarios más responsables de sus costes y beneficios).

Modelo de Gestión Presupuestaria

Desde un punto de vista de gestión presupuestaria la gestión de los recursos de los centros sanitarios del SAS, en el momento actual, como Organismo Autónomo de Carácter administrativo, se somete al derecho administrativo. Cuentan con presupuestos propios, aunque éstos se integran en los presupuestos de la comunidad autónoma (artículo 32.2 de la LGHP). Cuenta con tesorería centralizada en el SAS y no existe descentralización en los centros sanitarios, y tampoco esta prevista la posibilidad de endeudamiento mediante créditos, préstamos u otras operaciones financieras. Su régimen de contabilidad es el de contabilidad presupuestaria pública regulada en la LGHP y Orden de 7 de julio de 1995 de la Consejería de Economía y Hacienda

por el que se aprueba el régimen de contabilidad pública y presupuestaria de la Junta de Andalucía y el control en el momento actual es ejercido por la Intervención General a través de intervención crítica o previa del gasto o bien mediante control financiero permanente (artículo 85 LGHP).

En cuanto al régimen financiero y respecto a los ingresos que se generan en el centro (cobros a terceros por personal sin derecho a asistencia gratuita, accidentes de tráfico o trabajo, cánones, etc.) aunque se liquiden y se cobran por el centro no revierten a los presupuestos del mismo sino a los del organismo en su conjunto. Solo se generan presupuestos en el estado de gasto si se cumplen una serie de condiciones establecidas en cada una de las leyes de presupuestos anuales.

Respecto a los gastos debemos destacar:


- a) El centro recibe anualmente un presupuesto distribuido por conceptos presupuestarios con un determinado grado de vinculación marcado por la ley general de hacienda pública y leyes de presupuestos anuales. Sí es posible proponer modificaciones al presupuesto pero la autorización no corresponde al centro sino a los servicios centrales de otros órganos superiores (artículo 40 y ss LGHP) pudiendo demorarse unos meses tales expedientes.

En cuanto al régimen financiero y respecto a los ingresos que se generan en el centro no revierten a los presupuestos del mismo sino a los del organismo en su conjunto



- b) El procedimiento de gastos comprende cuatro fases: A, D, O, P que se producen en todos los actos de contenido económico aunque a veces se acumulen algunas de ellas.
- c) No es posible ningún tipo de endeudamiento.
- d) En el momento actual los centros del SAS no están sometidos a intervención previa o crítica del gasto sino a control financiero permanente.
- e) El sistema contable presupuestario ofrece muy poca información útil de gestión. Por ello se lleva trabajando desde hace tiempo en sistemas de información de contabilidad de gestión y contabilidad de costes que relacionen los costes con la producción sanitaria (GRDs, estancias, consultas, etc.). Es lo que en Andalucía se ha llamado proyecto COANH Y P.

El modelo que nosotros proponemos para el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía sería el de ente público empresarial según regulación de la LOFAGE o agencia pública empresarial al amparo

 El modelo que proponemos para el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía sería el de ente público empresarial o agencia pública empresarial

de los artículos 68 y siguientes de la Ley 9/2007 modificada por la Ley 1/2011 de Administración de la Junta de Andalucía, cuyo régimen presupuestario y contable viene regulado en el capítulo IV del Título II de la LGHP donde se regulen las Nor-

mas Especiales en materia presupuestaria para los Organismos comerciales, Industriales, Financieros o análogos, y para las Empresas de la Junta de Andalucía; así como en el capítulo II del decreto 9/1999. De esta manera, no se sigue el régimen de presupuestación pública que vimos para el caso de los organismos autónomos administrativos, ni el régimen de gestión presupuestaria propio de la administración pública, sino que se someten al derecho mercantil en su actuación. Se aprueban unos presupuestos de explotación y de capital de acuerdo al sistema contable mercantil (Plan General de Contabilidad) que se integran en los presupuestos de la Junta de Andalucía (Ley general de hacienda pública artículo 32.2.e.). A cambio estas empresas deberán realizar un programa de actuación, inversión y financiación cuyo contenido básico es el siguiente (artículo 57 LGHP):

- un estado en el que se recogerán las inversiones reales y financieras a efectuar durante el ejercicio.
- un estado de fuentes de financiación de capital e inversiones
- expresión de los objetivos a alcanzar y las rentas que se esperan obtener
- memoria de evaluación económica de las inversiones.
- En cuanto al régimen contable será el establecido en el Código de Comercio y Plan General de Contabilidad (libro diario, cuentas anuales: balance, cuenta de resultados, cuadro de financiamiento anual, memoria económica e informe de gestión). Además, nosotros proponemos descentralizar la Tesorería a cada centro, esto permitiría una negociación de pagos con proveedores (certidumbre de cobro) mejorando las relaciones con los

mismos y disminuyendo la repercusión de gastos financieros. Ello supondría la elaboración de Planes de Tesorería a corto y largo plazo por cada Centro del S.A.S.

También permitiríamos a los centros una capacidad de endeudamiento a corto plazo con carácter limitado (artículo 70.4 LGHP).

