

Original

## Relación entre sistemas de costes y gasto hospitalario

Beatriz García-Cornejo\* y José A. Pérez-Méndez

Departamento de Contabilidad, Facultad de Economía y Empresa, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 27 de marzo de 2017

Aceptado el 19 de junio de 2017

On-line el xxx

*Palabras clave:*

Costes hospitalarios

Control de costes

Sistemas de información de la gestión

Calidad de la asistencia sanitaria

Sistema Nacional de Salud

Hospitales públicos

### R E S U M E N

**Objetivo:** Analizar la relación entre el grado de desarrollo de los sistemas de costes (SC) hospitalarios implantados por los servicios regionales de salud (SRS) y la variación del coste unitario de los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) español entre 2010 y 2013, e identificar otros factores explicativos de dicha variación.

**Métodos:** Se construyó una base de datos de los hospitales del SNS a partir de fuentes exclusivamente públicas. Se emplea un modelo de regresión multinivel para analizar los factores explicativos de la variación en el coste unitario (coste por unidad ponderada de actividad [UPA]) de una muestra de 170 hospitales.

**Resultados:** Las variables representativas del grado de desarrollo del SC se asocian de forma negativa y significativa con la variación del coste por UPA. Se observa que, si se utiliza un SC de alto grado de desarrollo, la variación del coste por UPA experimentaría una reducción próxima al 3,2%. También se encuentra una relación negativa y significativa entre la variación del coste por UPA y las variaciones en el porcentaje de alta tecnología y el índice de ocupación. Por otra parte, la evolución del coste por UPA se asocia de forma positiva y significativa con las variaciones en el coste medio de personal y en el número de trabajadores por 100 camas.

**Conclusión:** En el periodo analizado, años en los que se realizó el principal ajuste del gasto sanitario, el control del coste unitario hospitalario está asociado no solo con los recortes de gasto, sino también con aspectos vinculados a la gestión, tales como la implantación de SC más desarrollados.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Relationship between cost systems and hospital expenditure

#### A B S T R A C T

**Objective:** To analyze the relationship between the degree of development of hospital cost systems (CS) implemented by the regional health services (RHS) and the variation in unit cost of hospitals in Spanish National Health Service (NHS) between 2010 and 2013 and to identify other explanatory factors of this variation.

**Methods:** A database of NHS hospitals was constructed from exclusively public sources. Using a multilevel regression model, explaining factors of the variation in unit cost (cost per weighted unit of activity [WAU]) of a sample of 170 hospitals were analyzed.

**Results:** The variables representative of the degree of development of CS are associated in a negative and significant way with the variation of the cost per WAU. It is observed that if a high-level development CS is used the cost variation per WAU would be reduced by close to 3.2%. There is also a negative and significant relationship between the variation in the cost per WAU and the variations in the percentage of high technology and the hospital occupancy rate. On the other hand, the variations in the average cost of personnel and in the number of workers per 100 beds are associated in a positive and significant way with the variation of the cost per WAU.

**Conclusion:** In the period analysed, during which the main health expenditure adjustment was made, the control in hospital unit cost is associated not only with spending cuts but also with aspects related to their management, such as the implementation of more developed CS.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

*Keywords:*

Hospital costs

Cost control

Hospital information systems

Quality of health care

National Health Service

Public hospitals

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [bgarcia@uniovi.es](mailto:bgarcia@uniovi.es) (B. García-Cornejo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.06.002>

0213-9111/© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Introducción

Los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) español actúan en un entorno muy descentralizado y actualmente sometido a restricciones presupuestarias. En este escenario, los/las directivos/as de los hospitales necesitan herramientas de gestión que

les permitan controlar los costes al mismo tiempo que mantienen elevados niveles de calidad. En concreto, trabajos recientes<sup>1-3</sup> destacan la utilidad de los sistemas de costes (SC) para lograr, entre otros objetivos, el de mejorar la eficiencia, entendido un SC como una forma coherente de seleccionar, organizar y presentar la información sobre costes que contribuye a la gestión de una organización<sup>4</sup>. Sin embargo, hay pocos estudios que evalúen el impacto que SC alternativos (p. ej., SC por paciente frente a SC por proceso) tienen sobre el coste realmente incurrido. Dado el esfuerzo realizado en el SNS español en la implantación de SC desde principios de los años 90, resulta pertinente analizar su relación con la evolución del coste hospitalario. Si bien se desconoce la inversión dedicada a SC hospitalarios, sí puede apuntarse que el 1,2% de los 52.204 millones de euros de presupuesto sanitario global en 2013 correspondió a tecnologías de la información y la comunicación, aumentando ligeramente ese porcentaje en 2014 y 2015<sup>5</sup>.

La literatura sobre el control de la gestión señala varios aspectos que caracterizan un control de costes efectivo<sup>4,6</sup>: definición de centros de responsabilidad de costes, o divisiones de la organización con una actividad relativamente homogénea, una dotación de recursos materiales y humanos, y un responsable que posee autoridad delegada; establecimiento de estándares de costes como referencia para medir el rendimiento; identificación de los costes directamente controlables por un responsable, al ser los únicos pertinentes en la evaluación de su actuación; informes de costes significativos y oportunos; y existencia de un plan formal de mejora de costes.

De acuerdo con lo anterior, estudios previos en el sector hospitalario evidencian que la información sobre costes influye significativamente en la gestión y el control de costes por parte de los clínicos cuando se les delega autoridad formal<sup>7</sup> o cuando se les proporciona información desagregada de sus propios costes por caso junto a datos comparativos<sup>8</sup>. Una revisión de la literatura subraya que la participación de los profesionales sanitarios en el diseño de los SC es crucial para lograr el éxito en su implantación<sup>9</sup>. Otros trabajos muestran que la calidad, la relevancia y la oportunidad de la información ofrecida por los SC son factores clave para conseguir la implicación de los clínicos en la gestión de costes<sup>7,10,11</sup>.

Aunque no es posible hablar de un diseño de SC óptimo, dentro del sector hospitalario hay cierto consenso en que, teóricamente, SC más desarrollados que recogen datos por paciente ofrecen información más desagregada y precisa que permite mejorar la toma de decisiones y la eficiencia<sup>12</sup>. Sin embargo, las investigaciones internacionales que utilizan muestras amplias de hospitales no han encontrado una relación significativa entre SC más desagregados y los costes operativos<sup>13-15</sup>. Ahora bien, estos estudios usan datos de corte transversal para un solo año, por lo que no aportan evidencia sobre el ahorro de costes a lo largo del tiempo resultante de decisiones basadas en los datos del SC. Es posible que se necesite que transcurra un periodo de tiempo antes de poder percibir los beneficios derivados del SC<sup>16</sup>.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la principal aportación de este trabajo consiste en analizar la relación entre el grado de desarrollo de los SC y la variación del coste unitario (coste por unidad ponderada de actividad [UPA]) de los hospitales del SNS español en un periodo de 4 años, entre 2010 y 2013, etapa en la que el gobierno español adoptó las principales medidas de contención del gasto sanitario derivadas de la crisis<sup>17</sup>. También se incluyen otros factores explicativos de dicha variación, entre ellos indicadores de calidad para considerar el posible *trade-off* entre eficiencia en costes y calidad. Se utiliza un modelo de regresión multinivel con datos de una muestra de 170 hospitales de agudos, midiendo el grado de desarrollo del SC en el ámbito regional a través de las características de los SC implantados por los servicios regionales de salud (SRS).

Así pues, los objetivos de este trabajo son:

- Obtener evidencia sobre la relación entre el grado de desarrollo de los SC implantados por los SRS y la variación del coste unitario de los hospitales del SNS entre los años 2010 y 2013.
- Identificar otras variables que pueden estar asociadas con dicha variación.

## Métodos

### Muestra y datos

Para el análisis empírico se ha construido una base de datos de los hospitales del SNS a partir de los microdatos de la Estadística de Centros de Atención Especializada (SIAE) y del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización (CMBD-H).

El sector hospitalario público español ofrece un marco adecuado para investigar el impacto de SC alternativos sobre la variación del coste porque los SRS son los que deciden qué tipo de SC implantan en los hospitales bajo su dependencia. Estos SC presentan diferentes características y metodologías de cálculo de coste, recogidas, para el año 2010, en el informe *Análisis de los Sistemas de Contabilidad Analítica en los Hospitales del SNS*<sup>18</sup>, también utilizado como fuente de datos en este estudio.

Se trabaja con una muestra de 170 hospitales de agudos que corresponden a 14 SRS. No se han considerado los hospitales de tres SRS (Servicio Catalán de la Salud, Servicio Navarro de Salud y Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) al no disponer de información sobre su SC.

### Variables

La variable dependiente, expresada en logaritmos, es la variación entre 2010 y 2013 del coste por UPA (coste por UPA en 2013 menos coste por UPA en 2010). El numerador del coste por UPA se calcula como la suma de todos los costes operativos del hospital, excepto la amortización, debido a la posible imprecisión y subjetividad de su cálculo<sup>18</sup>. La UPA es la unidad de producción hospitalaria medida según la metodología empleada por la SIAE. Estudios previos similares han utilizado medidas análogas a la UPA en el cálculo del coste unitario<sup>13,14,19</sup>. Otras medidas más precisas del *output*, como el número de altas ajustadas por casuística<sup>20,21</sup>, no han podido usarse en este trabajo porque el índice de *case mix* (peso español medio) disponible actualmente se refiere a las altas hospitalarias. Por lo tanto, en el cálculo de la producción no se podría tener en cuenta la actividad ambulatoria.

La variable explicativa de principal interés teórico en este trabajo es el grado de desarrollo del SC. Su medición se ha inspirado en investigaciones previas<sup>22,23</sup>, definiendo para cada SRS un índice en función de las siguientes dimensiones indicativas de SC más desarrollados (tablas 1 y 2):

- Nivel de detalle o desagregación de la información ofrecida. La información de coste por paciente, más detallada que la información por centro de coste o por proceso, facilita la gestión por parte de los clínicos, mejora la precisión en el cálculo del precio de los servicios y puede ser utilizada por los gestores para el *benchmarking*<sup>4,13,14</sup>.
- Tipos diferentes de centros de coste. Aumentar el número de tipos de centros de coste puede mejorar la asignación y la precisión en el cálculo de costes, por ejemplo al permitir separar costes no asignables al área de hospitalización<sup>24</sup>.
- Costes incluidos en el producto. Cuantas más categorías de costes se incluyen en el *output* final, más desarrollado se puede considerar el SC<sup>23</sup>. En concreto, un cálculo preciso de la amortización

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7510760>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7510760>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)