

Proyecto de estimación de pesos y costes de los procesos de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud – reseña metodológica estudio 2006

Antecedentes:

Desde el año 1997, y con base en el proyecto de "Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud" - inicialmente compartido por el Ministerio de Sanidad y Consumo, las Comunidades Autónomas con gestión sanitaria transferida en ese momento y el antiguo INSALUD -, se vienen elaborando con periodicidad anual los pesos estatales españoles de los GRD (Grupos relacionados por el diagnóstico) y los costes estimados de los procesos atendidos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Los Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) constituyen un sistema de clasificación de episodios de hospitalización en que los pacientes se distribuyen en grupos de procesos o grupos de pacientes en los cuales se identifican pacientes similares desde el punto de vista clínico, y en los que se espera un consumo similar de recursos.

Las principales características del sistema de clasificación lo convierten en uno de los más usados en tanto en cuanto aúna aspectos de manejabilidad – al agrupar toda la casuística en un número manejable de grupos, incorporación de patrones de intensidad en el consumo de recursos de hospitalización – derivados en gran parte de la tecnología aplicada, procedimientos realizados en el tratamiento de los pacientes y al tiempo de permanencia en el hospital- y además mantienen significación epidemiológica y clínica al identificar la tipología de enfermedad, morbilidad secundaria y proceso de cuidados – complicaciones.

Los GRD incorporan un estimador de coste para cada tipo de proceso atendido y constituyen uno de los sistemas de agrupación de pacientes más utilizados para la obtención del denominado "case-mix", medida de la complejidad media de los pacientes atendidos en los hospitales, y para los "pesos relativos", o nivel de consumo de recursos atribuible a cada tipología o grupo de pacientes (GRD).

El concepto de peso está basado en la comparación de los costes individuales de los distintos grupos de pacientes con el coste medio por paciente, de forma que cada uno de los GRD lleva asociado un peso relativo que representa el coste esperado de este tipo de pacientes respecto al coste medio de todos los pacientes de hospitalización de agudos. Un peso relativo de valor 1 equivale al coste medio del paciente hospitalizado (estándar). Un peso por encima o por debajo de 1 significa

que el coste específico de ese grupo estará por encima o por debajo respectivamente del coste del paciente promedio.

Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud:

Los pesos y costes anuales se obtienen a partir de la integración de la información sobre los costes hospitalarios, obtenidos por los sistemas de contabilidad analítica, con la información de pacientes procedente del CMBD (Registro de altas de hospitalización, que forma parte del conjunto de operaciones estadísticas del Plan Estadístico Nacional, y en base a la metodología establecida en el marco del proyecto "Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud", sobre una muestra de altas representativa del conjunto de hospitales del Estado Español.

De ella, tres son los aspectos que cabe destacar:

- ⊕ Los hospitales seleccionados deben reunir una serie de requisitos para su inclusión como son: tamaño, tipo de hospital, representatividad territorial, nivel de codificación, grado de desarrollo de contabilidad analítica.
- ⊕ El Comité Técnico del CMBD, órgano de representación territorial para el Registro de Altas del SNS revisa todos los criterios de normalización de la información clínica, base de la agrupación de pacientes.
- ⊕ Del mismo modo, y a través de un grupo técnico, se ha desarrollado una metodología homologada para la recogida de datos económicos, definición de productos intermedios y otros aspectos de imputación de costes.

Desde la edición de 2004 se han ido incorporando a la metodología del proyecto elementos de validación y ajuste de los resultados, con el fin de superar limitaciones derivadas del proceso de muestreo y obtener resultados más robustos. A partir de 2005 se cuenta además con un mayor número de hospitales.

Adicionalmente se ha de señalar que todos los hospitales participantes en la obtención de pesos, sufren, a años alternos, combinando una cada año, tanto auditorias del CMBD como de la contabilidad de costes con el fin de establecer el nivel de fiabilidad y validez de los resultados obtenidos

Aplicaciones:

La actualización anual de pesos españoles y costes de los procesos hospitalarios agrupados por GRD está siendo utilizada en múltiples ámbitos de la administración sanitaria. Entre otros cabe destacar:

- ↗ Los pesos españoles en sus diferentes ediciones anuales se usan como valor de referencia para la elaboración de las tarifas del Fondo de Cohesión del SNS, para la compensación a las Comunidades Autónomas por los pacientes atendidos en sus hospitales con residencia en otro territorio autonómico para una serie de procesos seleccionados, que se recogen en un anexo de los Reales Decretos que regulan dicho fondo de cohesión desde el año 2001.
- ↗ Igualmente los resultados de coste han sido proporcionados a otros órganos de la administración, como el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, para la elaboración de tarifas para pago a terceros y centros concertados.
- ↗ Los datos sobre costes de servicios y costes de la hospitalización son la base para la generación de algunos de los componentes de las estadísticas nacionales del gasto sanitario público y se proporcionan asimismo a la Subdirección de Análisis Económico y presupuestario de la Dirección General de Cohesión del SNS para la elaboración de la información que se proporciona a órganos supranacionales a través del Sistema de Cuentas de la Salud de Eurostat/OCDE/OMS.
- ↗ En el ámbito de la gestión sanitaria los datos de coste de los GRD también se incorporan a la denominada **norma estatal**, conjunto de datos, indicadores y estadísticos de referencia para el Sistema Nacional de Salud, basada en los GRD y que constituyen el estándar de comparación en el análisis del funcionamiento en relación a los procesos atendidos en la hospitalización en el ámbito asistencial, norma que se integra en los sistemas de información clínica de diferentes proveedores de sistemas de información en dicho ámbito.

Estudio de costes y pesos de los GRD para el SNS". Año 2006.

El presente análisis se fundamenta en la integración de las actividades clínica y económica de cada uno de los hospitales generales del SNS que componen la muestra para el proyecto "Costes y pesos por GRD para el SNS" para el periodo del estudio, el año 2006.

En el estudio se ha realizado un análisis pormenorizado de los costes por GRD de cada uno de los hospitales, obteniendo costes parciales y totales, así como los costes y pesos por GRD para el conjunto de hospitales.

El total de la muestra para este estudio, ha sido de 36 hospitales, lo que supone 676.116 altas y unos costes totales reportados de 2.785.704.165,80 euros.

La agrupación de la casuística se ha realizado con las versiones 21.0 y 23.0 del agrupador AP-GRD (All Patient).

Tras un sucinto análisis de la actividad asistencial desarrollada por los hospitales en el periodo objeto del estudio, se ha procedido a la integración de la actividad asistencial con los costes correspondientes a los pacientes dados de alta en el mismo periodo.

Etapas del Estudio:

A continuación se enumeran las principales tareas llevadas en cada una de las fases:

1. Preparación y validación de la Información Asistencial:

- Eliminación de registros duplicados.
- Revisión y eliminación de GRD erróneos.
- Generación de altas adicionales para neonatos no patológicos, imputándose al GRD 629. La metodología empleada, está basada en la existencia de altas para todos los neonatos, de manera que el coste pueda distribuirse siempre, de forma más precisa e independiente, entre la madre y el niño. Se detectan, de manera automática, todos los neonatos no patológicos, generando altas adicionales, que son imputadas, por defecto, al GRD 629 (Neonato, peso al nacer >2.499 gramos, sin procedimiento quirúrgico significativo).
- Corrección estadística de estancias (eliminación de los valores anormalmente altos o bajos, llevándolos a unos "puntos de encuentro", con el fin de minimizar posibles errores en cálculos posteriores, pero manteniéndolos como valores Outliers).

2. Preparación y validación de la Información de costes

- Revisión de la metodología de asignación de costes (eliminación de costes de no hospitalización).
- Revisión de la asignación coherente y homogénea de los costes de hospitalización y su clasificación en los 12 grupos definidos (en función de los costes reportados por los hospitales) para el posterior análisis.
- Los grupos de costes, son los siguientes:
 1. Enfermería
 2. Cuidados convencionales diarios
 3. Gastos de estructura
 4. Gastos médicos
 5. Cuidados críticos
 6. Quirófano
 7. Farmacia
 8. Radiología
 9. Laboratorio
 10. Suministros médicos
 11. Terapias
 12. Servicios Clínicos

3. Integración de la actividad asistencial y económica

La fase final del proceso, consiste en la integración de la actividad asistencial, representada en el CMBD ya validado y agrupado en GRD, con los costes de hospitalización del mismo período.

- Se realiza una asignación de costes top-down, con base en los resultados de investigaciones practicadas en EEUU sobre grandes bases de datos de hospitales, adecuándolas a la casuística y a las estancias específicas del hospital. El sistema utiliza una serie de algoritmos internos generados por el equipo de desarrollo de los GRD, que posibilitan la imputación a nivel paciente, de los “costes parciales” definidos anteriormente (12 – 26 centros de coste). La imputación se realiza de manera individualizada, para cada paciente (en función de su estancia en días específica) y para cada “coste parcial”. Los algoritmos de imputación se conocen como “pesos relativos por coste parcial” (Quirófano, Personal Facultativo, etc.) y como ya se ha mencionado, están basados en la información suministrada por grandes

bases de datos para esos “costes parciales” en EE.UU., que suponen una muestra estadísticamente representativa.

- Para los pacientes de la muestra, se recogen todos los costes de hospitalización, a partir de más de 100 grupos de costes básicos, definidos por paneles de profesionales sanitarios.
- La hipótesis de trabajo de este proyecto, se basa en la aceptación de esas bases de datos, como referencia de la práctica médica.
- La imputación de costes se realiza mediante:
 - La aplicación de costes relativos por cada grupo definido y por GRD.
 - La estancia real del paciente en el hospital.
 - El coste de los servicios.
 - El número de pacientes por GRD de los hospitales.
- Por último, se procede a efectuar una validación estadística de la información obtenida de la muestra, de manera que cumpla con las expectativas, respecto a la representatividad de dicha muestra para el SNS, procediéndose a realizar los ajustes pertinentes (en caso de ser necesario).

1. ANÁLISIS Y AJUSTE POR ESTANCIA MEDIA

Se incluye, a nivel GRD, para el total de la muestra, el número de casos, el número de estancias y las estancias medias de la muestra.

De esta manera puede realizarse una comparación de las estancias observadas en la muestra con respecto a las del conjunto de hospitales del SNS (Norma 2006), ajustando las estancias que son necesarias, y por lo tanto realizando decrementos o incrementos de los costes de las mismas en función de dichas diferencias.

2. ANÁLISIS DE GRDs CON POCA REPRESENTATIVIDAD

Se consideran GRDs con poca representatividad, aquellos cuyo número total de casos en la muestra es inferior a 30.

Para estos GRDs, una vez identificados, se realizan los ajustes que se indican a continuación.

Se procede a recalcular individualmente cada tarifa, de acuerdo con los costes medios españoles y con base en los pesos relativos norteamericanos.

El método de ajuste tiene por objeto adoptar un peso relativo que mantenga la proporcionalidad que en los pesos americanos tiene ese GRD con respecto a los GRDs relacionados con el mismo.

Este es el caso de algunos GRDs de los siguientes grupos:

- Trasplantes
- Neonatos
- Infecciones o procesos en pacientes con VIH
- Quemaduras
- Craneotomía

El cálculo se hace a partir del peso español del GRD relacionado que presente un mayor número de casos en la muestra.

Para GRDs sin referentes y cuyo peso americano no muestre grandes diferencias con el calculado inicialmente se adoptará el americano.

3. ANÁLISIS SOBRE LA VARIABILIDAD DE LA MUESTRA

Por último, para cada uno de los GRDs de este estudio, se analiza el grado de dispersión que, en torno a su estancia media, presentan las estancias de cada uno de los pacientes.

El estadístico, *coeficiente de variación* medirá ese grado de dispersión.

Valores bajos del coeficiente de variación, indican una baja dispersión alrededor de la media, y por lo tanto, un consumo más homogéneo de recursos. Podemos en estos casos, afirmar que la muestra analizada trata a **todos los pacientes de un GRD en particular** de una manera semejante, y que **el proceso está bien controlado**.

Valores altos del coeficiente de variación, indican alta dispersión alrededor de la media y, por lo tanto, un consumo irregular (no homogéneo) de recursos. En este sentido, se entiende que el **proceso clínico no tiene un claro referente de control.**

Los motivos de la variación pueden estar relacionados con la codificación, la propia práctica clínica y también con determinadas comorbilidades no detectadas por el agrupador.