

Evaluando la situación financiera de los hospitales públicos a partir de los costos actualizados de sus prestaciones

CAMILO CID P.^a, GABRIEL BASTÍAS S.

Evaluation of financial status of public hospitals considering the updated costs of their services

In 2011 the Chilean National Health Fund (FONASA) commissioned a study to assess the costs of the 120 most relevant hospital care services with an established fee, in a large sample of public hospitals. We herein report the cost evaluation results of such study, considering the financial condition of those hospitals in the year of the study. Based on the premise that the expenses derived from the provision of institutional and appraised hospital services should be identical to the billing of hospitals to FONASA, the prices are undervalued, since they cover only 56% of billing, generating a gap between expenses and invoicing. This gap shows an important limitation of tariffs, since their prices do not cover the real costs. However not all hospitals behave in the same way. While the provision of services of some hospitals is even higher than their billing, most hospitals do not completely justify their invoicing. These assumptions would imply that, generally speaking, hospital debts are justified by the costs incurred. However, hospitals have heterogeneous financial situations that need to be analyzed carefully. In particular, nothing can be said about their relative efficiency if cost estimations are not adjusted by the complexity of patients attended and comparison groups are not defined.

(Rev Med Chile 2014; 142: 161-167)

Key words: Health care costs, Hospital costs, Hospital charges, Hospital debt.

El financiamiento de los establecimientos hospitalarios del sector público en Chile está respaldado en un arancel de tal forma que la facturación, resultante de multiplicar los aranceles por el volumen de las prestaciones, debe ser consistente con las transferencias que reciben¹.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) elabora cada año una propuesta de aranceles que incluye un reajuste al valor de las prestaciones a partir de los inflatores de remuneraciones y de bienes y servicios informados por el Ministerio de Hacienda en el proceso de formulación del presupuesto anual de la Nación. Sin embargo, estos reajustes no necesariamente reflejan las variaciones reales

en los costos de los distintos factores productivos utilizados para la provisión de prestaciones de salud, lo cual puede generar brechas entre los costos reales de las prestaciones y el arancel, lo que puede afectar la sustentabilidad financiera del sistema.

El estudio de costos encargado por FONASA el año 2011², surgió de la necesidad de actualizar la información de costos de las prestaciones más relevantes que financia. De esta forma, el estudio tuvo por objeto estimar el costo promedio de un listado de las prestaciones mayoritariamente hospitalarias más relevantes del arancel, que contribuyese a la toma de decisiones en política de precios y financiera del sector público de salud.

Departamento de Salud Pública.
Facultad de Medicina. Pontificia
Universidad Católica de Chile.
Santiago de Chile.
^aEconomista, MA y PhD en
Economía.

Conflictos de intereses: nada que
declarar.

Recibido el 30 de agosto de
2013, aceptado el 16 de enero
de 2014.

Correspondencia a:
Dr. Camilo Cid Pedraza
ccid@med.puc.cl

El presente trabajo tiene por objetivo evaluar la posición financiera de los hospitales complejos, a partir de los costos de prestaciones obtenidos del estudio mencionado.

Material y Métodos

El estudio de costos de FONASA utilizó un método mixto: uno ascendente, para determinar en terreno los costos directos de la prestación y uno descendente para determinar los costos indirectos que se adicionarían. En algunos casos especiales, como las prestaciones de días cama, dadas sus características particulares, se utilizó también el método descendente para determinar los costos directos e indirectos.

El estudio se realizó en una muestra de 120 prestaciones que tienen un arancel definido en la modalidad de atención institucional (MAI) que fueron seleccionadas por representar cerca de 73,1% del gasto total hospitalario. Todas estas prestaciones se costearon en 16 hospitales públicos seleccionados por conveniencia para representar al conjunto de los hospitales públicos del país. En total, se registraron cerca de 850 casos en formularios de costos (FOCO), los cuales permiten determinar los coeficientes técnicos de intensidad de uso de los factores productivos asociados a cada una de las prestaciones. Este formulario agrupa los factores e insumos en: 1) Mano de obra; 2) Insumos (bienes y servicios de consumo) y 3) Equipamiento (equipos, muebles e instrumental). El trabajo de campo aplicando los FOCO se realizó desde julio de 2011 a marzo de 2012.

Para determinar el efecto que tuvieron los costos calculados sobre la facturación y estimar la desviación que se produjo con relación al arancel existente, se valorizó la actividad a precios del arancel vigente y se comparó con la actividad valorizada con los costos encontrados. Al comparar ambas "facturaciones", se determina su diferencia, que representa el impacto financiero. A su vez, el impacto financiero en cada establecimiento se puede comparar con el impacto promedio del total de la muestra para establecer la desviación.

Lo anterior se basa en el criterio de igualdad teórica entre la forma en que se concreta la transferencia a través de los programas presupuestarios de prestaciones valoradas (PPV) y de prestaciones institucionales (PPI), el gasto³ y la producción

valorada. No obstante, hay dos consideraciones a tener en cuenta: 1) Esta identidad puede no ocurrir debido a que puede haber transferencias PPI que no se asocian directamente con la producción como, por ejemplo, pago de bonos por término de conflicto, actividad sin códigos de prestaciones y gastos para más de un período anual, y 2) FONASA establece una relación clara con la producción a través de las PPV y mantiene el PPI como un componente fijo que luego utiliza para ajustar los marcos presupuestarios. Este trabajo asume esta igualdad teórica para efectos de comparación, dado que la producción hospitalaria valorada debiera tender a la igualdad con la transferencia, es decir, en una mirada retrospectiva, todos los gastos de operación incurridos debieran poder asociarse a los servicios producidos.

De este modo, la identidad de equilibrio financiero hospitalario que aquí se asume es:

$$\sum_{i=1}^n p_i q_i \equiv T \equiv G$$

Donde,

p_i , es el valor arancel para la prestación i .

q_i , la frecuencia de utilización de la prestación i .

n , la cantidad de prestaciones presentes en el hospital. Por lo tanto,

$\sum_{i=1}^n p_i q_i$, es el valor de la producción del hospital

T , la transferencia presupuestaria o ingreso, mediante programas PPV y PPI, y

G , el gasto en PPV y PPI.

De este modo la metodología considera los siguientes pasos:

- 1) Para cada hospital, se calcula la facturación de las prestaciones relevantes utilizando para ello los precios de la MAI del año 2011 y los volúmenes registrados en el REM 2007;
- 2) Para cada hospital se calcula la "facturación actualizada", utilizando para ello los costos calculados en el estudio de costos FONASA manteniendo las cantidades del REM 2007 para las prestaciones, y
- 3) La facturación actualizada es analizada para cada hospital utilizando los precios calculados para el propio hospital y luego utilizando el vector de precios medios obtenidos para el conjunto de la muestra.

Por otra parte, las transferencias para gastos operacionales asociados a beneficiarios institucionales considerados fueron los gastos registrados por los establecimientos durante el año 2010, en los subtítulos 21 (Recursos Humanos) y subtítulo 22 (Bienes y Servicios de Consumo), descontados los gastos asociados a la generación de ingresos propios productos de prestaciones entregadas a pacientes particulares. Los datos de la facturación, entendida como la suma del valor de multiplicar el arancel de cada prestación por su frecuencia de ocurrencia, son los correspondientes al REM 0 para cada establecimiento también para el año 2010. Estos valores incluyen las compras de servicios realizados a terceros. Los valores se inflacionaron con el IPC correspondiente para hacerlos comparables.

Resultados

Comparación facturación MAI versus gastos operacionales

Nuestros resultados (Tabla 1) revelan que, en promedio, la facturación de los hospitales ana-

lizados es menor al gasto. La facturación de los establecimientos representó 56,3% de los gastos operacionales en los cuales incurrieron para poder otorgar las prestaciones de salud durante el año 2010. La brecha entre el gasto y la facturación fue 43,7%. Es decir, el gasto medido al multiplicar la actividad por los aranceles vigentes fue casi la mitad de la transferencia para gastos de operación a los hospitales.

Impacto de nuevos costos en la facturación de los establecimientos

Al comparar la facturación actual con la nueva facturación hipotética obtenida de remplazar los costos del arancel vigente por los obtenidos en el estudio de costos en las 120 prestaciones correspondientes, se determina un aumento de 84% sobre la facturación actual de los establecimientos. Es decir, los nuevos precios aumentan en ese porcentaje la facturación respecto del valor de ella con el arancel vigente. Esta conclusión es coherente con el punto anterior.

En este análisis, un hospital se encontrará en una buena posición si presenta un porcentaje

Tabla 1. Relación facturación vs gastos operacionales (en miles de pesos)

Hospital	Gastos operacionales 2010 (transferencia)	Facturación REM 0 2010	Facturación/gasto operacional (%)
Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	30.612.567	17.286.180	56
Hospital San Pablo (Coquimbo)	16.936.369	9.203.869	54
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	42.418.667	22.930.957	54
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago)	56.584.905	31.936.351	56
Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago)	13.534.190	6.273.974	46
Hospital Instituto Nacional del Cáncer (Santiago)	9.463.295	3.759.000	40
Hospital del Salvador (Santiago)	38.380.831	17.997.369	47
Hospital San Juan de Dios (Santiago)	39.380.831	24.927.490	63
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago)	56.412.298	35.712.407	63
Hospital San Juan de Dios (Curicó)	14.186.412	8.730.192	62
Hospital Las Higueras (Talcahuano)	27.355.316	14.880.068	54
Hospital Clínico Regional de Valdivia	30.424.244	18.267.377	60
Hospital de Puerto Montt	26.358.539	16.826.961	64
Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Pta. Arenas)	20.330.939	9.137.108	45
Total	422.379.403	237.869.303	56,3

Fuente: Cálculos propios a partir de datos de Cid et al, 2013. "Estudio de costos de prestaciones 2011". FONASA-Departamento de Salud Pública PUC.

Tabla 2. Simulaciones de aumento de la facturación de 14 hospitales

Hospital	Prestaciones en la muestra (cantidad)	Facturación sobre gasto operacional (%)	Aumento facturación (pxs propios) (%)	Aumento facturación (pxs nacionales) (%)
Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	69	56	120	97
Hospital San Pablo (Coquimbo)	56	54	71	68
Hospital Dr. Gustavo Fricke	72	54	90	60
Hospital Barros Luco Trudeau	87	56	71	87
Hospital Dr. Exequiel González Cortés	18	46	72	35
Hospital Instituto Nacional del Cáncer	8	40	51	59
Hospital Del Salvador	64	47	104	85
Hospital San Juan de Dios (Santiago)	77	63	51	57
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	81	63	29	37
Hospital San Juan de Dios (Curicó)	54	62	39	89
Hospital Las Higueras	62	54	82	79
Hospital Clínico Regional de Valdivia	76	60	61	79
Hospital de Puerto Montt	70	64	87	92
Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Pta. Arenas)	43	45	76	65

Fuente: elaboración propia.

de alza de la facturación, es decir, evaluando los costos nuevos calculados, que tienda a cubrir la brecha de facturación existente, en particular cuando se trata de los precios medios muestrales. Esto es que los costos expliquen la transferencia, con los costos relativos del conjunto de hospitales, que es la forma en que seguramente el asignador de recursos los evaluará, ya que tratará de fijar el costo medio nacional como parámetro cuasi óptimo de evaluación.

A continuación se detalla el costo total y se compara con el arancel MAI, para cada establecimiento hospitalario tipo 1 y 2 de la muestra.

La información de los indicadores (Tablas 2 y 3) permite reconocer 4 grupos de hospitales:

1) Un primer grupo en que la combinación de los indicadores permite afirmar que estos hospitales justifican sus transferencias dado sus costos e incluso sus costos han sido superiores a la transferencia.

El Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta presenta un aumento de la facturación de 120% al usar sus costos actualizados y usando el vector de precios promedio del conjunto de la muestra el aumento llega a 97%; factura 56% de

sus gastos operacionales y logra cubrir su brecha con creces al ser evaluado con los nuevos costos, llegando a una brecha positiva de 10% con los precios medios.

El Hospital de Puerto Montt muestra una mayor facturación de 87% con sus costos y con un vector de precios medios el aumento es 92%; posee una relación de gasto facturado sobre gasto operacional de 63,8%, brecha que logra superar quedando en 23% por encima al suponer la actualización del arancel.

En el Hospital San Juan de Dios de Curicó, el impacto en la facturación es al alza en 39% con sus propios costos, mientras que con los precios promedios aumenta a 89%; considerando su facturación, este hospital explica 61% de sus gastos operacionales y logra cubrir la brecha de 17% en exceso cuando se evalúa con costos actualizados.

El Hospital Clínico Regional de Valdivia obtiene una mayor facturación de 61% con sus propios costos y con el promedio el impacto esperado se incrementa a 79%; durante el año 2010 facturó 60% de sus gastos operacionales y la brecha es cubierta con sólo 7% de exceso.

Aunque estos 4 establecimientos están en el

Tabla 3. Grupos de hospitales de acuerdo a cierre de brecha de facturación con los costos actualizados

Grupo	Hospital	Brecha actual (%)	Brecha con sus costos (%)	Brecha con costos medios (%)
Grupo 1	Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	-44	+23	+10
	Hospital de Puerto Montt	-36	+20	+23
	Hospital San Juan de Dios (Curicó)	-38	-14	+17
	Hospital Clínico Regional de Valdivia	-40	-3	+7
Grupo 2	Hospital San Pablo (Coquimbo)	-46	-8	-9
	Hospital Barros Luco Trudeau	-44	-4	+5
	Hospital San Juan de Dios (Santiago)	-37	-5	-1
	Hospital Las Higueras	-46	-2	-3
Grupo 3	Hospital Dr. Exequiel González Cortés	-54	-21	-38
	Hospital Instituto Nacional del Cáncer	-60	-40	-36
Grupo 4	Hospital Dr. Gustavo Fricke	-46	+3	-14
	Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Pta. Arenas)	-55	-21	-26
	Hospital del Salvador	-53	-4	-13
	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	-37	-19	-14

Fuente: elaboración propia.

mismo grupo, hay una diferencia importante entre los dos primeros y los otros dos. Estos últimos, al considerar sus propios costos aún presentan brecha, en cambio los dos primeros quedan siempre por encima de la transferencia, ello porque son hospitales con vectores de precios propios más altos que la media.

2) El segundo grupo se caracteriza porque el análisis combinado muestra que los hospitales justifican sus transferencias con costos actualizados, quedando una brecha remanente considerablemente menor.

El Hospital San Pablo de Coquimbo tiene un aumento en facturación de 71% usando como precios los costos obtenidos en el establecimiento. Con el vector de precios promedio de la muestra el impacto es similar (68%). Su facturación versus sus gastos operacionales llega a explicar 54,3% del gasto y la brecha se reduce 9% con los costos actualizados del arancel.

En el Hospital Barros Luco Trudeau el impacto en la facturación es 71% con sus propios precios y 87% con los precios promedios de la muestra; durante el año 2010 facturó 56% de sus gastos operacionales y la brecha se cierra con un exceso

de 5% suponiendo la actualización del arancel.

El Hospital San Juan de Dios de Santiago tiene un aumento de 51% con los costos del establecimiento y con los precios promedio nacional, el impacto esperado aumenta a 57%; durante el año 2010 facturó 63% de sus gastos operacionales y cubriría su brecha casi por completo con un arancel actualizado.

El Hospital Las Higueras de Talcahuano muestra un impacto en la facturación de 82% con sus propios costos y el aumento con los precios promedio se reduce levemente (79%). Considerando su facturación versus sus gastos operacionales, se llega a explicar 54%. Su brecha queda en sólo 3% cuando se suponen transferencias en base a un arancel actualizado.

3) El tercer grupo lo conforman los dos establecimientos de especialidad que, a pesar de una reducción importante de la brecha de gastos y transferencias, en términos relativos a los otros establecimientos los precios medios de la muestra no representan bien su propia situación, seguramente por las particularidades de la especialidad y por el hecho que haya pocas prestaciones en la muestra.

En el Hospital Dr. Exequiel González Cortés,

centro especializado en atención pediátrica, el impacto en la facturación es de 35% de tal modo que llega a disminuir de 54% a 38% su brecha de facturación.

El Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caulpolicán Pardo Correa muestra un impacto de incremento de 59% en la facturación. Este instituto posee la menor relación facturación actual/gasto, con sólo 39%, los precios nuevos reducen la brecha de 61% quedando aún una brecha importante de 36%.

4) En el cuarto grupo, el análisis combinado de indicadores muestra que los establecimientos justifican mejor sus transferencias con sus propios costos que con los precios medios calculados.

El Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas muestra una mayor facturación de 76% con sus propios costos, impacto esperado que se reduce a 65% con los precios medios de la muestra; durante el año 2010 solamente facturó 45% de sus gastos operacionales y la brecha se reduce a 26%.

En el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar el impacto en la facturación de la aplicación de sus costos estimados llega a 90%, pero si se consideran los costos promedio muestrales el impacto esperado se reduce a 60% reduciendo su brecha de 46% a 14%.

El Hospital del Salvador de Santiago tiene una mayor facturación de 104% con sus propios precios, la cual se reduce a 85% con los precios promedio del estudio dado que sus costos son más altos que los medios; durante el año 2010 solamente facturó 47% de sus gastos operacionales y la brecha es ajustada hasta 13% suponiendo la aplicación de un arancel actualizado.

El Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río tiene una mayor facturación de 29% con sus propios costos. Con los precios promedio este impacto aumenta a 37%. Es el hospital con menor impacto porcentual en su facturación, su brecha se cierra hasta dejarla en sólo 14% cuando se aplican los costos medios nuevos como parte del arancel.

Discusión

Las estimaciones de costos realizadas con la información levantada en los establecimientos muestran que los costos calculados son, en promedio, significativamente más altos que los valores del arancel MAI vigente para el año 2011. Es decir,

los hospitales gastan más en su producción que lo que facturan.

El hallazgo es que, bajo la premisa de igualdad teórica entre transferencia, gastos y valor de la producción, los precios estarían subvalorados ya que no cubren 43,7% de la facturación, generándose una brecha entre el gasto y la facturación. Esto demuestra un enorme atraso en el arancel, cuyos precios no logran representar los costos reales dificultando los procesos de evaluación financiera y de aplicación de políticas financieras y de precios. Por ejemplo, al evaluar los déficits (deuda) corrientes es probable que se pueda despejar gran parte de la explicación en este problema.

No obstante lo anterior, las brechas son diferentes entre establecimientos. La estimación del impacto de los costos calculados para cada hospital en la facturación, en todos los casos se traduce en una mayor facturación. En general, al adoptar el vector de precios promedio (y no el de cada establecimiento) el impacto esperado cambia significativamente fijando una posición financiera más clara. Existen 4 grupos de hospitales: uno que estando bien en términos de justificar sus costos estaría gastando incluso por encima de la transferencia; el grupo mayoritario que justifica sus transferencias plenamente con sus propios costos o con los nacionales (porque además influyen significativamente en su determinación); otro grupo que probablemente se justifique por su especialidad y la pequeña participación en la muestra respecto de la gran cantidad de procedimientos que realizan y un cuarto grupo que se anota en mejor posición al considerar sus propios precios, pero no tanto al considerar los promedios.

La explicación de estos cambios en los valores encontrados y en las posiciones de los hospitales debiera buscarse en la complejidad de las acciones y de los establecimientos y en la casuística que los demanda, junto con otras variables relevantes. Cualquier análisis de eficiencia relativa y, aún más, la exploración del mecanismo de transferencia real de recursos hace aconsejable implementar un método corrector que permita capturar dichos aspectos. Una posibilidad es el uso de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) que permiten estandarizar la casuística hospitalaria, que es la complejidad de la demanda, para poder comparar establecimientos y corregir asignaciones en un contexto de criterios mixtos de asignación de recursos^{4,5}.

Otros aspectos de la demanda también pueden ser importantes en la variabilidad de los resultados, ya que frente a poblaciones grandes se genera una alta utilización, que a su vez se traduce en economías de ámbito que resultan en abaratamientos significativos por la producción de altos volúmenes de prestaciones, sobre todo en imágenes y exámenes simples.

Los factores de oferta, como la cantidad e intensidad de uso de los recursos humanos y el tipo y la antigüedad de la planta, tienen implicancias en los insumos que se utilizan y en las distintas prácticas clínicas y deben ser relevantes en las diferenciales encontradas. Lo mismo ocurre con la cantidad y tipo de tecnología que usan, que también influyen en los insumos.

Finalmente, varios hospitales en que las variaciones respecto del arancel son significativas, se encuentran en una fase de normalización anterior y/o post terremoto y, por lo tanto, es de esperar que tenga costos promedios más altos mientras no alcancen un estado normal de ejecución de sus actividades.

Dado lo anterior, se debe ser cuidadoso en el análisis: costos menores no siempre son eficientes y costos mayores no siempre son muestras de ineficiencias. No se puede llegar a conclusiones sobre la eficiencia si, al menos, no se ajustan los costos por complejidad y cantidad de prestaciones y se

comparan los hospitales en grupos homogéneos de capacidad.

Referencias

1. Erazo A. "La protección social en Chile El Plan AUGE: Avances y desafíos". CEPAL, Serie financiamiento del desarrollo N° 238, julio de 2011, Santiago.
2. Cid C, Bastías G, Sánchez J, Sgombich X, Prieto L, Peñaloza B, et al. "Estudio de costos de prestaciones de salud 2011". FONASA - Departamento de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en www.fonasa.cl (consultado el 30 de marzo de 2013).
3. Lenz R. "Políticas Actuales de Gestión y Asignación de Recursos en Salud. En el Sistema Público de Salud". Financiamiento, Eficacia y Equidad en salud. Lenz consultores, noviembre de 2010, presentación power point. Disponible en www.mednet.cl/medios/eventos/economiasalud/docdescarga/Lenz.pdf (consultado el 30 de diciembre de 2013).
4. Cid C, Ibern P. "Regulación del financiamiento a Hospitales: "yardstick competition" aplicada a los hospitales públicos en Chile". Cuad Med Soc 2008; 48 (3): 155-64.
5. Ibern P, Ortún V, Meneu R, García-Goñi M. "Sistema de pago de los egresos hospitalarios". Informe para FONASA-MINSAL, Centre de Recerca en Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra. Disponible en www.minsal.cl (visitado el 30 de marzo de 2013).