

**Osakidetzan kontratu-
egitarauen egoeraren
gaineko azterketa**

**Análisis de la situación de
los contratos-programa en
el SVS-Osakidetza**



Herri Kontuen
Euskal Epaitegia

Tribunal Vasco
de Cuentas Públicas

Osakidetzan kontratu-programen egoeraren gaineko azterketa

Análisis de la situación de los contratos-programa en el SVS-Osakidetza

Vitoria/Gasteiz, 1997ko maiatzak 22

Vitoria/Gasteiz, 22 de mayo de 1997

AURKIBIDEA/ÍNDICE

I.	SARRERA	1
II.	HEDADURA	2
III.	ONDORIOAK	3
IV.	KONTRATU-EGITARAUEN ALDERDI ADIERAZGARRIAK	5
	IV.1 Prezioak finkatzea	5
	IV.2 Jarduera	7
	IV.3 Programa bereziak	7
	IV.4 Sarrerak	8
	IV.5 Kontratu-egitarauaren behin-betiko ebaluaketa	9
	IV.6 Kontratazio agentziek egindako egiaztaketak	9
V.	1995. URTEALDIKO KONTRATU-EGITARAUAREN LIKIDAZIOA	9
	V.1 Santiagoko Ospitalea	10
	V.2 Mendaroko Ospitalea	11
	V.3 Galdakaoko Ospitalea	13
VI.	1994 ETA 1995ERAKO GAISO LARRIENTZAKO OSPITALEEN PROZESU BAKOITZEKO KOSTUA	14
I.	INTRODUCCIÓN	16
II.	ALCANCE	17
III.	CONCLUSIONES	18
IV.	ASPECTOS SIGNIFICATIVOS DE LOS CONTRATOS-PROGRAMA	20
	IV.1 Fijación de precios	20
	IV.2 Actividad	22
	IV.3 Programas especiales	23
	IV.4 Ingresos	23
	IV.5 Evaluación definitiva del contrato-programa	24
	IV.6 Comprobaciones realizadas por las agencias de contratación	24

V. LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO-PROGRAMA DEL EJERCICIO 1995	25
V.1 Hospital de Santiago	25
V.2 Hospital de Mendaro	26
V.3 Hospital de Galdakao.....	28
VI. COSTE POR PROCESO DE HOSPITALES DE AGUDOS PARA 1994 Y 1995	29



I. SARRERA

«Osasuna Zainduz / Euskal Osasunaren aldaketarako estrategiak» eta Osasunaren Antolakuntzarako Lege Egitasmoak Osakidetza Erakunde Autonomoaren etorkizuneko funtzionamenduan «kontratu-egitaraua» deiturikoa besarkatzen dute. Figura honek duen berariazko indarra ikusirik, HKEE honek komenigarri iritzi dio azken urteotan 1994, 1995 eta 1996an, kontratu-programa hau praktikara eramateari buruzko azterketa lana egiteari, horretarako 1995. urtealdiko likidazioa oinarri hartuta, hauxe baita lana egiteko uneari itxitako azken urtealdia.

1993ko ekainaren 23an Eusko Legebiltzarraren Osokoak «Osasuna Zainduz / Euskal Osasunaren aldaketarako estrategiak» delakoaren edukia eztabaidatu zuen. Eztabaida ostean, Legebiltzarrak 14 Erabakiko multzoa oniritzi zuen, Jauriaritzak aurkeztutako agiria bete-betean bizkartzeko zutenak. «Kontratu-egitarauari» egiten zaion lehen aipamena 1993ko ekainaren 23an aurkitzen dugu, «Euskal Osasun sistemaren Antolakuntzari» buruzko bostgarren Erabakian; honen ondorioz Eusko Legebiltzarrak Gobernuari zera eskatzen dio:

- «Osasun zerbitzuen antolaketa eredu berri bat gara dezan, horretan honako funtzio hauek bereiziko lirakekeelarik: sistemaren arauzkotze eta finantziaketa, osasun zerbitzuen akurapena eta, azkenik, horien horniketa».
- «Alor publikoarekin egingo diren kontratu programei dagokienez, gutxienez, bete beharreko zerbitzuen eskaintza, horien kalitate mailak eta finantziaketa moduak ezezik, beste zenbait egiaztapen eta auditoretza irizpide ere jasoko dituzte».

EAEren Aurrekontu Orokorrei buruzko Legeak 1994tik 1997ra bitarteko urtealdietarako, kontratu-egitarauak saio bidez abian jarri ahal izateko Osakidetzaren aurrekontuetan beharrezko kerditu aldaketak egiteko aukera ematen dute.

Osasun Antolamenduari buruzko egungo Lege Egitasmoak, Osakidetza Zuzenbide Pribatuko Erakunde Publikoaren sorrera besarkatzen duenak, bere 20. artikuluan agintzen du kontratu-egitaraua osasun zerbitzuak emateko Osasun Sailaren eta Osakidetza Erakunde Publikoaren zainahi organizazioaren arteko harremanak zuzenean egituratzeko baliabide juridikoa dela. Nortasun juridiko propioa duten bi alderdi kontratatzailek esku hartzen dute: Osasun sailak (osasun zerbitzuen erosle eta finantzatzailea) eta Osakidetza Zuzenbide Pribatuko Erakunde Publikoaren Osasun Zentruak (osasun zerbitzuen saltzaile eta emaleak). Gaur egun, saio bidezko atalean, Osakidetzako Barruti Zuzendaritzek (etorkizuenan Osasun sailaren atal izango direnak) erosle papera betetzen dute eta honenbestez, osasun zerbitzuen Agentzia Kontratatzaile dira.

Berebat, kontratu-egitarauak molde bereziko hitzarmen baten izaera juridikoa hartuko du eta jardunbideari eta aurrekontu kreditu publikoen kargurako finantziaketari dagokionez, ondoko ezaugarri gutxieneko hauek zehaztuko ditu:

- Jardunbidearen bolumen globala balioetsi eta babesgai izango diren osasun gertakizunak aurreikusi.
- Osasun zerbitzuek bete beharko dituzten kalitate eskakizunen zenbateko eta aldian behingo zehaztapena.



- Aurrekontu kredituen kargura izendatutako jardueraren babes ekonomikoari, ordamketen maiztasunari eta horiek egiteko dokumentazio justifikagarriari buruzko azken balioespena.
- Osasun kontrol eta auditoretzaren baldintza eta jardunbidea.
- Hitzarmena aplikatzean berrikuspen, egokitzapen eta sortzen diren gainerako gertakariak dagokienez, alde bakoitzak hartzen duen erantzukizun maila.

Kontratu-egitarauaren edukia hitzartutako jarduera eta bere prezioaren inguruan gauzatzen da:

- Jarduera ospitalizaziotik eta ingresurik gabeko kontsulta eta larrialdietatik eratorritakoan zati-banatzen da. Ospitalizazioa orokorra eta prozesu banakakotuen arabera izan daiteke (barizeak, begi-lausoak, e.a.), besteak beste, duten soiltasunagatik, identifikazio argi eta kontrolean duten pisu ekonomiko eta interesagatik banakakotzen direnak. Gainera, programa bereziak egitea ere hitzartzen da.

Ospitalizazio orokorraren jarduera neurtzeko unitatea IEP da (Intentsitate Erlatiboaren Puntua edo konplexutasun puntua), gaisoaren diagnostiko nagusi eta bigarren mailakoak kodifikatuzetik eskuraten dena, PMC (Patient Management Categories) informatika programaren gainean aplikaturik. Prozesu banakakotu, kontsulta eta larrialdien jardueran, neurketarako unitatea gauzatutako prozesu edo egintzen kopurua da eta programa bereziak modu globalean hitzartzen dira, xehekapen banakakoturik egin gabe.

- Kontratu-egitarauak azaldutako jarduera bakoitzarentzako prezio bat finkatzen du.

II. HEDADURA

Kontratu-egitarauak saio mailan soilik funtzionatzen ari dira eta honenbestez, ez dute eraginkortasunik. Hau dela eta, lan honen helburua ez da fiskalizazio txosten bat egitea, baizik eta kontratu-egitarauen egoerari buruzko izaera deskribatzailea izango duen txosten bat gauzatzea. Horretarako, Erakunde Autonomoak emandako informazio fiskalizatu gabea hartzen da oinarritzat, alderdi nagusien azalpena egiten da eta 1995. urtealdiko likidazioa azaltzen da kontratu-egitarauaren ezarpenen aintzindari izan diren hiru zentruak dagokienez, Santiago, Mendaro eta Galdakaoko Ospitaleak, hurrenez hurren, Araba, Gipuzkoa eta Bizkaian kokatzen direnak.



III. ONDORIOAK

Kontratu-egitaraua figura juridikoa aztertzetik eratorri diren ondorio nagusiak honako hauek dira:

- Osakidetzako zentruak eta Barruti Zuzendaritzak izenpetzen ari diren kontratu-egitarau direlako hauek, etorkizunean Osasun Sailaren eta Osakidetza Zuzenbide Pribatuko Erakunde Publikoaren baitako osasun zentruen artean izango den erlazioaren entseia dira. Gaur egun izenpetutako agiria ez daiteke kontratutzat har, esku hartzen duten aldeek ez baitute izaera juridiko berezirik, biak ere Osakidetza Erakunde Autonomoaren antolakuntzaren atal dira eta. Gaur egun kontratu-egitarau izenekoan bidez garatzen den jarduera, Osakidetzaren egungo egituraketari jarraiki, ez da berezirik kudeaketa unitateen bidez -nortasun juridikorik gabeak- zerbitzu publikoa kudeatzeko modu bat baizik.
- Osasun Antolamenduari buruzko Lege Egitasmoaren 22. artikulua, Osakidetza Zuzenbide Pribatuko Erakunde Publikoaren sorrera aurreikusten du, bere baitako diren zerbitzuetarako organizazio publikoen bitartez osasun zerbitzuak emateko egitekoa izendatuz. Honenbestez, Osakidetza Erakunde Publikoaren egitura konplexua izango dela uste da. Hala eta guztiz ere, ez da aipatutako organizazioen tipologiarik zehazten eta osasun kudeaketaren egitura moldatzea araudiaren garapenera mugatzen da. Zehazgabetasun honek aurrekontu eta ekonomia-finantzaren araubidean zalantza sortzen digu eta honenbestez, kontratu-egitarauaren esparruan eragina izan dezake.
- Osasun zerbitzua ematen duten zentruen aurrekontua Osasun Sailarekin hitzartutako jarduerara egokitzen da, aurreikusitako helburuak bete ezean Sail horrek zentruetara transferentzia bitartez, sortutako gastuari aurre egiteko beharrezko diren baliabideak izendatzea kaltetu gabe. Honenbestez, zentruen finantzaketa ez da kontratu-egitarauetatik soilik etorriko, iturri nagusia hori izango bada ere.

Praktikan kontratu-egitarau izenekoak ez dira operatiboak osasun zentruen finantzaketaren ikuspegia oinarri hartuta. I. atalean aipatutako aurrekontu legeek, kontratu-egitarauak saio bidez abian jartzea bideratzeko aurrekontu aldaketak egiteko aukera aurreikusten dute, oraindik batere gauzatu ez bada ere. Hitz labur esateko, osasun zentruak aurrekontu araubidearen printzipioak jarraiki finantzatzen dira.

Kontratu-egitarauen funtzionamendutik eratoritzen diren ondorio adierazgarrienak ondotik adierazten diren hauek dira:

- 1996ra arte kontratu-egitarauen izenpea eraginpeko urtealdiak oso aurreratuak daudenean egiten da eta honenbestez, eraginkortasuna kentzen zaie. 1997. urtealdirako negoziaketei 1996ko abenduaren amaieran ekin zitzaie la egiaztatu dugu, oso positiboa dena.
- Kontratu-egitarauetan hitzartutako jardueren prezioak aurreko urtealdiko kostuak oinarri hartuta ezartzen dira (1995ean Santiagoko Ospitalean urtealdi horretako lehenengo hiruhilabeteko kostuen aurreikuspenak hartu dira oinarritzat), eta honenbestez, kontratu-egitaraua zentru bakoitzarentzat «neurrian egindako soineko» bihurtzen da. Ospitalizazio kostuen gaineko kalkulu orokorra egiteko, guztizko kostua (amortizazioak kenduta) eta



PMC (Patient Management Categories) informatika programak kalkulaturako Zerbitzu bakoitzean sortzen den ekoizpena hartzen da abiaburu. Programa hau gaisoak sailkatzeko sistema bat da, gaiso homogeneoak biltzen dituena, antzeko ezaugarri kliniko eta baliabideen kontsumo estandarra egiten dutenak; honenbestez, prozesu bakoitzeko kostuak ez dira egiazkoak, zentruen artean alderaketa egitea eta denboran izaten duten bilakaera ikustea bideratzen duen balioespena baizik.

- Agentzia Kontratatzaileak (egungo Barruti Zuzendaritzak) zentru hornitzaileekin gehiengo jarduera bat hitzartzen dute, eta jarduera handiagoa bada ez dute finantzatzen. Zenbait kasutan atal ezberdinak hitzartzen dira eta honela, lehenengo atalean kostu guztiak besarkatzen dituen prezioa ordaintzen da, bigarren atalean askoz prezio baxuagoan ordaintzen da, kostu aldakorrek soilik sartuz eta kopuru horretatik irtetzen dena ez da finantzatzen; honen aurrean jokabide ezberdinak hartzen dituztela hiru Agentzia Kontratatzaileak ikusi da, printzipioz arrazoi berezietan ez dagozkienak, sistema ezberdin horien erabilera justifikaturako duten irizpide bateratu eta homogeneorik ez dagoela ikusiz.
- Orokorrean, 1994an kontratu-egitarauak ezartzen hasi zirenetik jarduera areagotu egin da. Orobat, historia klinikoetan diagnostiko nagusi eta bigarren mailako azalpencan hobekuntza ezagun dela adierazi digute, eta honek IEP ekoizpen unitate kopuru handiagoa dakar (ikus «Prezioak finkatzea» atala). Honen ondorioz, ospitaleko ekoizpena hobeto zehaztu eta ezagutzen da.
- 1995. urtealdiko kontratu-egitarauak «Programa bereziak» izeneko atala dute, aztertu ditugun hiru zentruen kasuan, gutxi gora-behera kontratu-egitarauaren guztizko zenbatekoaren %10 egiten duena; horiei dagokienez ez da inongo neurri unitaterik, ez unitate preziorik finkatu. Honen ondorioz, ez da aktibitatearen egiazko fakturaketarik egiten, kopuru finko eta globala izanik, gauzatutako ekoizpenari lotu gabea. 1996an programa berezi hauen kopurua kontratu-egitarauaren guztizko zenbatekoaren %5era mugatu zen.
- Kontratu-egitarauak hainbat dirusarrera jasotzea aurreikusten dute eta horien gainetik eskuratzen diren dirusarrerak, hurrengo urtealdiko kudeaketa aurrekonturako finantzaketa gehigarri kontzeptuan, zentzura itzultzeko aukera besarkatzen dute. Kobrantzen ehuneko txikia gogoan hartuta, zuhurragoa izan behar litzatekeela uste dugu, gero kobratuko ez liratekeen sarrerak itzultzeko kasua gertatu bailiteke (ikus IV.4. atala).
- Kontratazio Agentzien aurrean fakturak izapidetzeari dagokionez, orokorrean, 1995ean ez direla ordainagiriak igortzeko epeak betetzen esan behar dugu, batik bat, altak kodifikatzean sortzen diren atzerapenengatik. Bestetik, horien arrazoizkotasuna egiaztatzean, aldeak daude hiru Kontratazio Agentzien artean. Honela bada, Araban bi talde sortu dira, laginketa bat oinarri hartuta historia, diagnostikoen arrazoizkotasuna, preskripzioaren kalitatea, e.a. aztertu dira; Bizkaia eta Gipuzkoan, berriz, egiaztaketak ordainagiria egiaztatzeri mugatzen dira, bikoizketak, zentzugabekeriak, e.a. somatzen dituzten informatika programak erabiliz. Saioaldi honetaz baliatuz, egiaztaketaren bi aldiak besarkatuko litzatekeen jarduera plan bateratu eta homogeneoa finkatu beharko litzatekeela uste dugu.
- Kontratu-egitarauetan adierazten da, behin-betiko balio-neurketa egiteko, «Kontrataturiko helburuak ez betetzea» eta «Zerbitzu Publiko Erabilgarria»ren kontzeptuak hartuko direla



gogoan. Hala eta guztiz ere, ez da esaten ez nola zenbatzen, ez nola balio-neurtzen diren kontzeptu horiek, eta honenbestez, ezinezkoa da kontratu-egitarauen behin-betiko ebaluaketan horiek erabiltzea.

Aurrez esandakoaren haritik bereziki adierazi beharra dago Osakidetza Erakunde Autonomoak bere jarduera eta kostuak ezagutzeko sistema duela, eta estandarrak izan arren, egoki diren hobekuntza eta zuzenketak egitea kaltetu gabe, osasun zentruak eta zerbitzu homogeenok elkarren artean erkatu eta urtealdietan zehar izan duten bilakaera aztertzea bideratzen duela. Gainera, jarduera eta horrek eragindako kostuak zorroztasunez ezagutzea, gaur egun ezinbestekoa da dirubide publikoak egoki erabili direla justifikatu ahal izateko.

IV. KONTRATU-EGITARAUEN ALDERDI ADIERAZGARRIAK

1994an Santiago, Mendaro eta Galdakaoko Ospitaleekin lehenengo kontratu-egitarauak izenpetu ziren eta 1996an gaiso larrien ospitale zentru guztietara eta oinarritzko osasun laguntzako eskualdeetara zabaldu dira, egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan, psikiatriko eta ospitaleaz kanpoko adimen-osasunerako zentruetan ezartzea aurreikusia dagoela. kontratu hauetan, Barruti Zuzendariek «Kontratazioarako Lurralde Agentzien» ordezkari modura dihardute, nahiz eta Osasun Saileko eta Osakidetzaoko egungo egituraketa organiko eta funtzionalean Barruti Zuzendariei ez zaien osasun kontratazioarako eskumenik egotzi, Sail horretako Aseguru eta Kontratazio Zuzendaritzari dagozkionak.

1996. urtealdira arte kontratu-egitarauak berandutza handiz izenpetzen dira. 1995. urtealdian maiatza eta ekaina bitartean egiten da, eraginkortasuna gailuz. 1997. urtealdiko kontratu-egitarauak izenpetzeko negoziaketak 1996ko abendu amaieran hasi ziren.

IV.1 PREZIOAK FINKATZEA

Gaur arte prezioak aurreko urtealdiko kostuak oinarri hartuta hitzartzen dira (Santiagoko Ospitalean 1995ean urtealdiko lehenengo hiruhilabeterako egindako balioespena hartzen da abiaburu), eta honenbestez, kontratu-egitaraua zentru bakoitzarentzat «neurrian egindako soineko» bihurtzen da. Ospitalizazio kostuen gaineko kalkulu orokorra egiteko, Zerbitzu bakoitzaren kostua (amortizazioak kenduta) eta PMC (Patient Management Categories) informatika programak kalkulaturako Zerbitzu bakoitzean sortzen den ekoizpena hartzen da abiaburu. Programa hau gaisoak sailkatzeko sistema bat da, gaisu homogeenok biltzen dituen, antzeko ezaugarri kliniko eta baliabideen kontsumo estandarra egiten dutenak.

Programa honek ekoizpenari (aurrez alta medikuaren agiria kodifikatu behar da) konplexutasun puntu batzuk izendatzen dizkio (IEP) PMC prozesu bakoitzean baliabideen kontsumo mailaren arabera; era honetan, Zerbitzu Mediku bakoitzari dagokionez, IEP unitate zenbakietan ekoizpena eskuratzen da eta horren ondorioz, IEP bakoitzaren unitate kostua. Gainera, Zerbitzuko IEPen unitate kostua prozesu bakoitzeko IEP unitate kopuruarekin



biderkatuta, zerbitzu honetan egindako prozesu bakoitzaren kostua eskuratzen da. Prozesuko kostu hau ez dela ogiazko kostua azpimarratu behar dugu, prozesu bakoitzeko baliabide kontsumoen izendapenak (IEP unitateak) informatika programan jasoak baitaude eta programa hau mamitu zuten adituek erabakitakoak izan baitziren. PMC programatik abiatuta kalkulatu den prozesu bakoitzeko kostuak zentruen artean konparaziozko azterketak egiteko eta denboran zehar horiek izandako bilakaera ikusteko balio du.

Ondoren, 1995. urtealdirako Santiago, Mendaro eta Galdakaoko ospitaleekin hitzartutako hainbat prezio zehaztuko ditugu:

PROZESU EDO EGINTZA	Pezeta		
	SANTIAGO OSP	MENDARO OSP	GALDAKAO OSP
OSPITALIZAZIO OROKORRA			
IEP.	340.000	276.365	281.062
OSPITALEKO ALTA(*)	393.380	-	-
PROZESU BANAKAKOTUEN OSPITALIZAZIOA			
BARIZEAK	355.300	262.700	333.216
BEGI LAUSOAK	223.040	164.500	150.208
HERNIA	-	228.100	332.615
LEHENENGO KONTSULTAK	13.000	9.960	10.666
ONDORENGO KONTSULTAK	6.500	4.980	5.820
INGRESURIK GABEKO LARRIALDIAK	7.867	15.260	13.014

(*).- Santiagoko Ospitalean ordainketarako bi aukera hitzartu dira, kontratu-egitarauaren likidazioan ospitaleko altarekin batean aplikatzen delarik fakturazioa

Gaur egun hastapenetan daudelako prezioa aurrez aipatutako PMC kostuari lotzen bazaio ere (ekoizpenean hobekuntza ikusi da eta honenbestez, unitate kostuen beherapena), etorkizunean zentzurik eraginkorrenak dituzten prezioetara egokituko liratekeen prezioak ezartzea aurreikusi da, beti ere ospitale mota bakoitzari buruzko ezaugarriak gogoan hartuta. Honela bada, ospitale nagusi batek eskualdeko ospitaleak ez dituen egitura eta zerbitzuak dauzka, azken honen ekoizpena garestitzen dutenak; bestalde, ondorio bera sortzen duten zentruetan egitura hutsak egon daitezke. Ildo honetan, 1996an Osasun Saileko Aseguru eta Kontratazio Zuzendaritzak eraginkortasuna eta hornitzaileen artean lehiakortasun jarrera sustatzeko gehieneko prezio batzuk finkatu ditu; hona hemen horietako batzuk:

PROZESU EDO EGINTZA	Pezeta
	PREZIOA
OSPITALE NAGUSIAREN IEP PUNTUA	359.000
ESKUALDEKO OSPITALEAREN IEP PUNTUA	274.000
BARIZEAK	342.000
BEGI LAUSOAK	168.000
HERNIA	325.000
LEHENENGO KONTSULTAK	14.750
ONDORENGO KONTSULTAK	7.375
INGRESURIK GABEKO LARRIALDIAK	13.700



Bestetik, aipatutako Zuzendaritzak aginpideak eman ditu egiturazko eraginkortasun eza errugabea eta agerikoari aurre egingo liokeen «egiturazko zuzenketak» kontzeptua, zentrua merkatuak eragindako lehiakortasun egoerara egokitu ahala, gutxienera murrizteko. Kontzeptua bera ere zalantzan jartzen du, zaila baita objektiboa izatea eta saski-naski modura erabiltzeko arriskua baitauka. Azkenik, zentruekin aurrez adierazitako gehieneko prezioen gainetik hitzartutako IEP prezioak, «Egiturazko zuzenketa»tzat hartuak izango dira.

IV.2 JARDUERA

Biztanlegoa zahartzeak, teknologia berrien ekarpenak edo hiritartasunaren kultur aldaketak berak osasun zerbitzuen eskaria handitzea eragiten dute, erabilgarri diren baliabide publikoen eskasia egonik, Saila jarduera bolumena kontrolpetzera behartzen dutelarik. Ildo honetan kontratu-egitarauak gehienekotzat hartzen den jarduera finkatzen dute. Kasuren batean jarduera atal ezberdinak zehazten dira eta era honetan, lehenengoan kostu guztiak aurre egiten dien prezioa ordaintzen da, bigarrenean kostu aldakorrak ordaintzen dira eta gehiegikeriari ez zaio aurre egiten. Ordainsari kontzeptuek eragindako kostu igoera (kontratu-egitarauetan jaso gabeak) edo Zentruen osasun laguntzaren eskaintzan sortzen diren aldaketak Addenda bitartez bideratu behar dira, kontratu kudeaketa indartuz eta osasun zerbitzuen finantzaketa eta prestazioaren arteko elkarlotura bultzatuz.

1996an Aseguru eta Kontrataziorako Zuzendariordetzak «kontratu-egitarauak negoziatzeko irizpide»etan agintzen du Kontratazio Agentziek jardueraren gaineko balizko inflazio eragina kontrolatzeko, beharrezko diren neurriak ezartzen saiatu behar duela eta horretarako, jardueraren gainean egindako aurreikuspenak ahalik eta zorrotz eta zehatzenak izango dira.

Orokorrean, 1994an kontratu-egitarauak ezartzen hasi zirenetik, jarduera areagotu egin dela ikusi da (esate baterako, Santiago, Mendaro eta Galdakaoko Ospitaleetan ospitaleetako altek 1995ean aurreko urtealdiarekiko gora egin dute, hurrenez hurren, %22, %17 eta %9an). Bestetik, historia klinikoetan diagnostiko nagusi eta bigarren mailako deskribapenean izandako hobekuntzaren ondorioz, IEP unitate kopuru handiagoa sortzen da (1995ean aurreko urtealdiarekiko gehitu egin dira Santiago, Mendaro eta Galdakaoko ospitaleetan, %18, %6 eta %3an, hurrenez hurren). Honek ospitaleko ekoizpena hobeto zehaztu eta ezagutzera bideratzen du.

IV.3 PROGRAMA BEREZIAK

Bestetik, 1995ean programa bereziak zenbateko globalarekin hitzartzen dira, neurketarako unitateak edo unitate prezioak finkatu gabe. Programa hauek, besteak beste, honako programa hauei egiten diete erreferentzia: errehabilitazioa, Hemodialisia, Irakaskuntza eta Ikerketa, e.a. 1995ean, programa berezien zenbatekoa (urtealdian zehar izenpetutako Addendak gogoan hartu gabe) honako hau da:



Pezeta

OSPITALEA	PROGRAMA	KONTRATUA	GUZTIRA-
	BEREZIAK (A)	PROGRAMA(B)	A/B
SANTIAGO	622 729 140	5 762 327 000	10.8%
MENDARO	219 634 835	2 320 433 725	9.5%
GALDAKAO	798 276 195	8 317 891 381	9.6%

1996an erreferentzia prezio batzuk hitzartzen dira programa berezi hauentzat, «bereziak» izena hartzen dutenak (Errehabilitazioa, Hemodialisia, e.a.). Gainerako programa bereziei dagokienez, (Irakaskuntza eta Ikerketa, Lehen mailako Laguntza, e.a.) unitate prezioak ez dira oraindik ezarri, azken programa hauen guztizko kopuruak ezingo duela kontratu-egitarauaren guztizkoaren %5a gainditu agintzen bada ere.

IV.4 SARRERAK

Kontratu-egitarauan zentru hornitzaileak hainbat dirusarrera eskuratuko dituela aurreikusi da, bai «zerbitzu salmentagatik» (aseguru etxeei, mutua patronalei, Gizarte Segurantzaren Institutu Nazionalari, Itsasoko Institutu Sozialari e.a. egindako fakturaketak), bai «bestelako sarrerengatik» ere, eta aurreikusitakoaren gainetik sarrerak eskuratzen diren kasuetan, zentzura itzuliko direla horretarako erabakitzen diren egitasmo zehatzak egiteko, hurrengo urteko kudeaketa aurrekonturako finantzaketa gehigarri kontzeptuarekin.

Sarreraren gaineko aurrekontua nekez aurrejakin daitezkeen faktoreek baldintzatzen dutela uste dugu, eta bestetik, badago faktore garrantzitsu bat, horien betetze edo kobratze maila baxua alegia. Horregatik, ez zaigu egokia iruditzen aurrekontu egindako sarreraren aldean aitortutako sarrera soberakinaren itzulketa, finantzaketa gehigarri kontzeptuarekin egitea, litekeena baita eskubide horiek ez kobratzea. Erakusgarri modura, Santiago, Mendaro eta Galdakaoko Ospitaleen egoera 1995. urtealdian honako hau da:

Pezeta

AZALPENA	SANTIAGO OSP	MENDARO OSP	GALDAKAO OSP
KONTRATU-EGITARAUAN			
AURREKONTUETARAT SARRERAK	277 480.000	30.250.000	367.118.000
1995-EKO AURREKONTUAN			
AITORTUTAKO SARRERAK	182.638.000	31.112.000	427.644.000
1995-EAN EGINDAKO KOBRACKETAK	123.766.000	23.259.000	182.171.000



IV.5 KONTRATU-EGITARAUAREN BEHIN-BETIKO EBALUAKETA

Behin urtealdia amaitu delarik, kontratu-egitaraua behin-betiko balio-neurtuko da. Horretarako, «Kontrataturiko Helburuak Ez betetzea» (KHE) kontzeptua eta kontratu-egitarauaren balioetsitako urteko kostuaren baloraketa parametroetan barme hartu gabeko funtzio eta egitekoak betetzeagatik «Zerbitzu Publiko Erabilgarria» (ZPE) izeneko hartuko dira gogoan.

Kontratu-egitarauaren ez da adierazten aurrez aipatutako kontzeptuak (KHE eta ZPE) nola zenbatzen eta nola balioztatzen diren eta honenbestez, ezinezkoa da horren behin-betiko balio-neurketan aplikatzea. Praktikan, aztertu ditugun zentruetara dagokienez, orokorrean ez direla aplikatu ikusi dugu, behin-betiko ebaluaketa kontratu-egitarauaren likidazioa aztertzer mugatu delarik, jarduera, emaitza ekonomiko eta hitzartutako kalitate ereduak betetzeari dagokionez. Aplikatu den «Kontrataturiko Helburuak Ez betetzea» kontzeptu bakarria hitzartutako jarduera baino jarduera txikiagoa gauzatzeari buruzkoa izan da eta Santiagoko Ospitalean, kanpoko kontsultetan itzaroteko zerrendengatik zigorra ezartzea.

IV.6 KONTRATAZIO AGENTZIEK EGINDAKO EGIAZTAKETAK

Kontratu-egitarauak agintzen du Kontratazio Agentziek zentru hornitzaileen ordainagiriak hurrengo hilak 15a egin baino lehen jaso behar dituztela (1996an epea 30 egunetara zabaldu zen). 1995ean eta izaera iragankorrez, 40 eguneko epea ezarri zen, harik eta fakturaketa eta kodifikazio prozedurak garatu arte, eta orokorrean epe hori ez dela betetzen ikusi dugu, kodifikatzerakoan izan ohi den atzeraldia dela eta. Agentzia horiek ordainagirien arrazoizkotasuna egiaztatzeko erabiltzen dituzten bideak honako hauek dira:

- Arabako Kontratazio Agentziak bi lantalde osatu ditu, historia klinikoen lagin bat abiaburu hartuta, fakturaketen arrazoizkotasuna aztertzearen, historia, diagnostiko, preskripzioaren kalitatea, e.a. ikusiz.
- Gipuzkoa eta Bizkaian ez da aurrez aipatutako lana egin, balizko bikoizketa edo fakturaketen zentzugabekeriak somatzen dituen informatika programa bitartez aztertzen dituela ordainagiriak.

Saio bidezko aldi honezaz baliatuz, egiaztaketaren bi atalak besarkatuko lituzkeen jarduera plan bateratua finkatu behar litzatekeela uste dugu.

V. 1995. URTEALDIKO KONTRATU-EGITARAUAREN LIKIDAZIOA

Kontratu-egitarauaren likidazioa osatzen duten magnitude nagusiak azaltzeko, ondoko taulan kontzeptu horien zenbatekoak bildu ditugu:

- A. Kontratu-egitarauaren likidazioa (izenpetutako Addendak biltzen ditu).
- B. Kontratu-egitaraua izenpetzean aurreikusitako finantzaketa.
- C. Urtealdian egindako kostuak guztira.



Pezeta

AZALPENA	SANTIAGO OSP	MENDARO OSP	GALDAKAO OSP
A LIKIDAZIOA	5.714.705.000(*)	2.407.343.276	8.647.061.700
B KONTRATU-EGITARAUAREN LIKIDAZIOA	5.803.955.325	2.430.333.000	8.667.461.400
C KOSTUAK	5.911.244.891	2.428.203.000	8.630.856.594
A - B	(89.250.325)	(22.989.724)	(20.399.700)
B - C	(107.289.566)	2.130.000	36.604.806
A - C	(196.839.891)	(20.859.724)	16.205.106

(*) - Santiagoko Ospitalearen kontratu-egitarauaren fakturaketa, egindako jarduera guztia gogoan hartuta, 6.259.852.900 pezetakoa da, kontratu-egitarauaren ezarritako gehiengoa gainditzen duela akte batera utzita. Alderaketa ondorioetarako gehiegizko jarduera atera dugu, Ospitalearen berariazko atalean zehaztuz.

V.1 SANTIAGOKO OSPITALEA

Santiagoko Ospitaleak kontratu-egitarauak bermatzen dion finantzaketaren aldean 107 milioi pta. gehiagoko kostua egin du, gauzatutako jarduerak osotasunean kontratu-egitarauaren ezarritakoari gaina hartu badio ere (456 milioi pezeta), ondotik adierazten den moduan:

	K-EGITARAUAREN	EGIAZKO		ZENBATEKOAREN	
	JARDUERA (Unitateak)	JARDUERA (Unitateak)	ALDEA (Unitateak)	PREZIOA (Pezetak)	ALDEA (Pezetak)
OSPITALIZAZIOA (ALTAK)	8.337	9.716	1.379	393.380	542.471.020
BARIZEAK	360	309	(51)	355.300	(18.120.300)
BEGI LAUSOAK	500	512	12	223.040	2.676.480
LEHENENGO KONTSULTAK	46.530	50.360	3.830	13.000	49.790.000
ONDORENGO KONTSULTAK	99.000	90.744	(8.256)	6.500	(53.664.000)
KIRURGIA TXIKIA	2.970	2.485	(485)	3.000	(6.305.000)
LARRIALDIAK	42.400	41.525	(875)	7.867	(6.883.625)
ITXAROTE ZERRENDENGIK ZIGORRA	-	-	-	-	(54.067.000)
					455.897.575

Kontratu-egitarauaren aurreikusitako jarduera gehienezkoa dela oinarri hartzen badugu, soberakoa finantzatu gabe eta gutxiago egiten denean, egindakoa soilik finantzatuz, kontratu-egitarauaren zenbatekoari ondoko kopuru hauek murriztu behar zaizkio:



Pezeta	
DESKRIBAPENA	ZENBATEKOA
FAKTURAKETAREN ZENBATEKOA	6 259 852 900
Ken	
Egiazko jarduera-aurreikusitako jardueraren diferentzia globala ..	(455 897 575)
KONTRATU-EGITARAUAREN ZENBATEKOA	5 803 955 325
Ken	
Barizetan azpijarduera	(18 120 300)
Lenenengo kontsult desbider., itxarote	
zerrendengatiko zigorretik garbi	(4 277 000)
Ondoren kontsultetan azpijarduera	(53 664 000)
Kirurgia brikian azpijarduera	(6 305 000)
Larrialdietan azpijarduera	(6 883 625)
FINANTZATZEKO ZENBATEKOA	5 714 705 400

Kontratazio Agentziak emandako kostuen gaineko informazioa hartzen badugu (5.911 milioi pezeta), 1995eko Aurrekontuan erregistraturiko gastu arruntari hurbiltzen zaiona (5.919 milioi pezeta), 196 milioi pezetako defizita egongo litzatekeela ikus daiteke. Horretarako gauzatutako eta finantzatu gabeko produkzioa eta aurreikusi eta gauzatu gabeko produkzioa hartu behar da gogoan. Azken likidazioaren azterlanean kontratu-egitarauaren aurreikuspenean hainbat partida ez zirela gogoan hartu ikusi da, hala nola, epaitzak, Arreta Intentsiboko Unitateak eta kirofano berriak irekitzea, e.a., gastuetan ezezik, urtealdiaren egiazko jardueran ere eragina izan dutenak. Aurreikusitako ekoizpenaren eta egiazkoaren arteko desbideraketa larria aztertu behar dela uste dugu, geroko kontratu-egitarauak zuzentzen saiatzearren.

V.2 MENDAROKO OSPITALEA

Mendaroko Ospitaleak kontratu-egitarauan finkatutako finantzaketa baino 2 milioi pezeta gutxiagoko kostuak izan ditu; baina likidazioa kontratu-egitarauan gehienezko modura ezarritako finantzaketa baino 23 milioi pezeta txikiagoa izan dela gogoan hartuta, kostuek aipatutako likidazioa 21 milioi pezetan gainditu dute. Ospitale honetan, Santiagoko Ospitalean ez bezala, kontsulta eta larrialdietarako bi prezio tarte ezartzen dira eta hortik gora egiten duena ez da finantzatzen. Orobat, ospitalizazioan finantzatu gabeko gainjarduera 5.100 IEP puntutik gora hasten da osotasunean ospitalizazio orokor (4.254 puntu) eta prozesu banakakotuentzat (846 unitate).

Prozesu banakakotuak bere prezioarekin fakturatzen dira kontratu-egitarauan ezarritako unitate kopuru gehienezkora iritsi arte. Gehienezko hori gainditzen duten unitateak ospitalizazio orokorraren IEP prezioarekin fakturatzen dira, altuagoa dena, eta honenbestez, gainjarduera saritzen ari dira.



	KONTRATUAREN	EGIAZKO			ORDAINAGIRI
	JARDUERA	JARDUERA	ALDEA	PREZIOA	ZENBATEKOKA
	(Unitateak)	(Unitateak)	(Unitateak)	(Pezeta)	(Pezeta)
Ospitalizazio orokorra (IEP puntuak) ...	4.254	4.559	305(A)	292.689(G)	1.245.099.006
			(147)(B)		(42.996.014)
Herniak	180	169	(11)	228.100	38.548.900
Hemorroideak/Kisteak	155	142	(13)	198.800	28.229.600
Barizeak	130	99	(31)	262.700	26.007.300
Begi lausoak	315	569	254(B)	164.500	51.817.500
			147(B)	292.689	42.996.014
Erditzeak	430	455	25(C)	207.442	89.200.060
Ospitale barruko kontsultak(D)	66.179	73.468	7.289(D)	5.210(G)	344.792.590
Plus ospitale barruko kontsultak	5.000	7.289	2.289	1.000	5.000.000
Ospitale kanpoko kontsultak(D)	75.480	79.070	3.590(D)	1.304(G)	98.425.920
Plus ospitale kanpoko kontsultak	10.000	3.590	(6.410)	1.000	3.590.000
Larrialdiak	15.350	15.654	304(E)	15.964(G)	245.047.400
Plus Larrialdiak	867	304	(563)	6.000	1.824.000
Programa bereziak(F)					229.761.000
GUZTIRA					2.407.343.276

(A) Fakturatu gabeko aldea, gaitardura da

(B) Gehiegikera ez da prozesu modura finantzatzen, ospitalizazio orokorreko IEP prezioarekin finantzatzen da, hain eta ospitalizazio orokorreko IEP unitate kopuru gehiengora -4.254- iritsi arte, azaroan egingo direnak, eta ondorioz, abenduan 28 begi lauso geratzen dira fakturatu gabe. Gainerako 226 begi lauso, euren IEP unitate kopuruaren arabera fakturatu dira (0,65 uprozuko), hau da, 146,9 IEP unitate, honenbestez, kopuru hau ospitalizazio orokorreko fakturaketatik kendu behar da, bada begi lausotarako erabilu baita.

(C) (B) oharriari emandako azalpen berbera. Kasu honetan soberakina abenduan sortzen da eta bada azaroan ospitalizazio orokorreko IEP unitate gehienekora intsia zegoela gogoa hartuta, ez da soberakina fakturatu.

(D) Lehenengo kontsultak ondoz-ondoko bihurtzen dira, lehenengo kontsulta bi ondorengoren pareko izanik eta honenbestez, prezioa ondorengo kontsultarena da. Soberakina kontsulten plus modura fakturatu da ezarritako gehienekoa jo arte.

(E) Soberakina plus modura fakturatu da.

(F) Programa bereziak kopuru finkoak dira, fakturaketa eta kontrol banakatuak lotu gabeak.

(G) Prezio hauek ez datoz bat «Prezioak finkatzea» atalak diotenarekin, kontratu-egitarauetan hasieran jaso gabeko soldata igoera bertatzen baita, gerora izenpetutako Aodenda sortuz. Santiago eta Galdakaoko ospitaleetan, igoera hau modu orokorrean programa bereziari gehitu zitzaion eta horregatik ez da prezioetan alderik ikusten.

Kontratazio Agentziak emandako kostuen gaineko informazioa abiaburu hartzen badugu, 2.428 milioi pezeta (urtealdian erregistratutako gastu arrunta 2.451 milioi pezetakoa da), 21 milioi pezetako defizita dagoela ikus daiteke. Egoera hau Barizeak, herniak eta hemorroideetan aurreikusitako jardura ez betetzetik sortu da, ospitalizazio orokorrean gehiegizko jardura izan delarik.



V.3 GALDAKAOKO OSPITALEA

Galdakaoko Ospitaleak 1995ean 8.647.061.700 pezeta fakturatu ditu, kontratu-egitarauetan finkatutakoaren azpitik 20.399.700 pezeta, lehenengo kontsulta eta larrialdietan izan den azpijardueraren ondorioz. Hala eta guztiz ere, gainerako prozesu edo egintzetan fakturatu gabeko 193.805.069 pezetako gainjarduera dagoela adierazi behar da. Aurreko kopuruen xehekapena ondotik erakusten den hau da:

	K-EGITARAUAREN		EGIAZKO		ZENBATEKOAN
	JARDUERA	JARDUERA	ALDEA	PREZIOA	ALDEA
	(Unitateak)	(Unitateak)	(Unitateak)	(Pezeta)	(Pezeta)
Ospitalizazio orokorra (IEP puntuak)	18.326	18.636	310	281.062	87.129.220
Barizeak	104	230	126	333.216	41.985.216
Begi-lausoak	990	1.099	109	150.208	16.372.672
Hernia	293	363	70	332.615	23.283.050
Erretina-askatze	106	113	7	322.041	2.254.287
Artritis-errem. handia	196	202	6	627.029	3.762.174
Lehenengo kontsultak	53.048	52.003	(11.045)	10.666	(11.145.960)
Lehenengo kontsulten plusa	2.069	-	(2.069)	4.200	(8.689.800)
Ondoz-ondoko kontsultak	137.338	151.003	13.665	5.820	(A)
Ondoz-ondoko kontsulten plusa	5.360	13.665	8.305	2.290	19.018.450
Larrialdiak	40.786	43.919	3.133	13.014	(A)
Larrialdien plusa	3.263	3.133	(130)	4.338	(563.940)
GAINJARDUERA GUZTIRA					193.805.069
AZPIJARDUERA GUZTIRA					(20.399.700)

(A) - Soberakina plus modura fakturatzen da

	Pezeta
KONTRATU-EGITARAUAREN ZENBATEKOA	8.667.461.400
Gutxiago Azpijarduera	(20.399.700)
LIKIDAZIOAREN ZENBATEKOA	8.647.061.700
Gehiago Gainjarduera	193.805.069
EGIAZKO JARDUERAREN ZENBATEKOA	8.840.866.769

Kontratazio Agentziak emandako kostuen gaineko informazioa oinarri hartzen badugu, 8.631 milioi pezeta -1995. urtealdiko Aurrekontuan erregistraturiko gastu arruntari gerturatzen zaiona (8.637 milioi pezeta)-, 16 milioi pezetako superabita egongo litzatekeela ikus dezakegu. Kopuru honi dagokionez, gainera, fakturatu ez diren produkzioko 194 milioi pezeta daudela izan behar da gogoan.



VI. 1994 ETA 1995ERAKO GAISO LARRIENTZAKO OSPITALEEN PROZESU BAKOITZEKO KOSTUA

Osakidetzako Osasun Laguntza eta Kudeaketa Ekonomikorako Zuzendaritzek gaiso larrietzako ospitaleen jarduera kliniko eta kostuen gaineko urteko txostena mamitzen dute, arestian aipatutako gaisoak sailkatzeko sistema (PMC) eta zerbitzu bakoitzeko kostuen kalkulua oinarri hartuta, produkzioa eta unitate kostuak ezagutzea bideratzen duena. Informazio hau zentruen arabera ematen da, zentruen arteko kostuak eta urtealdika alderatzeko bide eginaz (gogoan izan ez direla egiazko kostuak, «prezioak finkatzea» atalean adierazi genuen moduan), kontratu-egitarauak izenpetzeko oinarrizko kudeaketa tresna bihurtuz.

Txostenak oinarri-oinarrian ondoko informazioa besarkatzen du:

- Ospital bakoitzeko Oinarrizko adierazle klinikoak
- Jarduera alorraren arabera, ospitaleen kostuaren banaketa
- Ospitalizazioan adierazle ekonomikoak
- Ospitale barruko kanpoko kontsultetan adierazle ekonomikoak
- Ingresurik gabeko larrialdietan adierazle ekonomikoak
- Zerbitzu orokor klinikoetan kostua
- Zerbitzu orokorretan kostua
- Hogei prozesu ohikoenetan adierazle eta kostuak
- Hogeita bost prozesu mediku ohikoenetan adierazle eta kostuak
- Hogeita bost kirurgia prozesu ohikoenetan adierazle eta kostuak
- Ospitaleen arteko zerbitzu bakoitzeko jarduera konparatiboa
- Ospitaleen arabera prozesuen anbulatorizazioa
- Hilkortasun tasak
- Prozesu bakoitzeko hilkortasun tasak
- Ebitatu daitezkeen egonaldiak
- Prozesu bakoitzeko ebitatu daitezkeen egonaldiak
- Diagnostikoen kodifikazio maila
- Kalitatearen eta azken zerbitzu kliniko bakoitzeko hogeit prozesu ohikoenen oinarrizko adierazleak.

Osakidetzak Erakunde Autonomoak azken urtealdi hauetan aurrez aipatutako PMC programaren arabera ekoizpenaren ezagutza eta kostuen gaineko kalkulua egiteko sistema hau ezartzeko egin duen saiakera, zentruen artean alderatu eta urtealditan zehar bilakaera ikustea bideratzen diona, positiboki balioztatu dugu.



Aztertuta ditugun hiru ospitaleei dagokienez, ondoren hainbat magnitudek izan duten bilakaerari buruzko informazioa aurkezten dugu:

PMC KOSTUA	Pezeta					
	SANTIAGO OSP		MENDARO OSP		GALDAKAO OSP	
	1995	1994	1995	1994	1995	1994
ALTA	360.913	394.613	290.063	281.367	326.003	321.990
IEP	307.779	347.750	261.014	279.614	274.049	285.704
LEHENENGO KONTSULTA	13.720	12.958	11.031	9.808	16.902	16.827
ONDORENGO KONTSULTA	6.860	6.479	5.516	4.904	8.451	8.414
INGRESU GABEKO LARRIALDIA	7.250	7.139	15.473	15.409	13.540	12.782

Adibide modura, aztergai ditugun hiru zentruetara dagokienez, Santiagoko Ospitalea, Mendaroko Ospitalea eta Galdakaoko Ospitalea, txosten horretako «hogeita bost prozesu mediku ohikoenen» adierazlea atera dugu.

PROZESUA	Pezeta					
	SANTIAGO OSP		MENDARO OSP		GALDAKAO OSP	
	1995	1994	1995	1994	1995	1994
1702 Enbolia/zerebro barruko odoljausia	398.078	458.526	364.598	428.657	395.462	336.897
401 Bronkitis kronikoa/asma	235.063	307.209	193.539	230.509	229.809	242.335
4725 Kat. supl. zainketen arreta	78.893	84.470	62.575	65.428	58.363	57.642
2401 Bakterio-neumonia	368.485	410.579	392.007	324.326	389.941	376.705
3917 Takiarritmia	297.447	424.537	301.094	284.184	253.370	261.781



I. INTRODUCCIÓN

El documento «Osasuna Zainduz / Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca» y el Proyecto de Ley de Ordenación Sanitaria contemplan el denominado «contrato-programa» en el funcionamiento futuro del Organismo Autónomo Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Después de observar el peso específico de esta figura, este TVCP/HKEE ha considerado conveniente la realización de un trabajo de análisis de la puesta en práctica del contrato-programa en estos últimos años, 1994, 1995 y 1996, centrándose para ello en la liquidación del ejercicio 1995, último ejercicio cerrado en el momento de la realización de este trabajo.

El 23 de junio de 1993, el Pleno del Parlamento Vasco debatió el contenido de «Osasuna Zainduz / Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca». Tras el debate, el Parlamento aprobó un conjunto de 14 Resoluciones que suponían un amplio respaldo al documento presentado por el Gobierno. Encontramos la primera referencia al «contrato-programa» en la Resolución quinta relativa a la «Organización del sistema sanitario vasco», por la cual el Parlamento Vasco instaba al Gobierno a:

- «Desarrollar un nuevo modelo de ordenación de los servicios sanitarios que distinga las funciones de regulación y financiación del sistema, la contratación de servicios sanitarios y por último, la de provisión de los mismos».
- «Establecer que los contratos programa a realizar con el sector público, incluyan al menos, la oferta de servicios a realizar, sus niveles de calidad y formas de financiación, así como otros criterios de acreditación y auditoría».

Las Leyes de Presupuestos Generales de la CAPV para los ejercicios 1994 a 1997 contemplan la posibilidad de realizar las modificaciones de crédito precisas en los presupuestos de Osakidetza para dar cumplimiento a la puesta en marcha experimental de los contratos-programa.

El actual Proyecto de Ley de Ordenación Sanitaria, que contempla la creación del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza, dispone en su artículo 20 que, el contrato-programa constituye el instrumento jurídico mediante el que se articulan de manera directa las relaciones entre el Departamento de Sanidad y cualquiera de las organizaciones del Ente Público Osakidetza para la provisión de servicios sanitarios. Intervienen dos partes contratantes con personalidad jurídica propia: el Departamento de Sanidad (comprador y financiador de servicios sanitarios) y los Centros Sanitarios del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza (vendedores y provisoros de servicios sanitarios). Actualmente, en la fase experimental, las Direcciones de Área del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (que en el futuro formarán parte del Departamento de Sanidad) actúan como compradores y, por tanto, Agencias Contratantes de servicios sanitarios.

Asimismo, establece que el contrato-programa tendrá la naturaleza jurídica de un convenio de carácter especial en el que se concretarán, en relación con la actividad y financiación con cargo a los créditos presupuestarios públicos, los siguientes extremos mínimos:

- Estimación del volumen global de actividad y previsión de las contingencias sanitarias objeto de cobertura.



- Determinación cuantificable y periódica de los requisitos de calidad que deberán cumplir los servicios sanitarios.
- Estimación finalista sobre cobertura económica de la actividad consignada con cargo a los créditos presupuestarios, periodicidad de los pagos y documentación justificativa para la realización de los mismos.
- Requisitos y procedimiento de control y auditoría sanitaria.
- Los niveles de responsabilidad que adquieren las partes en cuanto a las revisiones, adaptaciones y demás incidencias que se susciten en la aplicación del convenio.

El contenido del contrato-programa gravita en torno a la actividad pactada y su precio:

- La actividad se desglosa en la derivada de la hospitalización y la resultante de consultas y urgencias no ingresadas. La hospitalización puede ser genérica y por procesos singularizados (varices, cataratas, etc.) que se individualizan por su sencillez, clara identificación y por su peso económico e interés en su control, entre otras razones. Adicionalmente se pacta la realización de programas especiales.

La unidad de medida de la actividad de hospitalización genérica es el punto PIR (Punto de Intensidad Relativa o punto de complejidad), que se obtiene de la codificación de los diagnósticos principales y secundarios del paciente, aplicada sobre el programa informático PMC (Patient Management Categories), que es un sistema de clasificación de pacientes. En la actividad de procesos singularizados, consultas y urgencias la unidad de medida es el número de procesos o actos realizados y los programas especiales se pactan de forma global, sin un detalle individualizado.

- El contrato-programa señala un precio para cada una de las actividades descritas.

II. ALCANCE

Los contratos-programa están funcionando exclusivamente a nivel experimental y carecen por tanto de operatividad. Por esta razón, este trabajo no tiene por objeto la emisión de un informe de fiscalización, sino la realización de uno de carácter descriptivo sobre la situación de los contratos-programa. Para ello, se parte de la información no fiscalizada proporcionada por el Organismo Autónomo, se analiza el encuadre jurídico del contrato-programa, se efectúa una descripción de sus aspectos significativos y se muestra la liquidación del ejercicio 1995 para los tres centros pioneros en la implantación del contrato-programa, los Hospitales de Santiago, Mendaró y Galdakao, sitios en Álava, Gipuzkoa y Bizkaia respectivamente.



III. CONCLUSIONES

Las conclusiones más significativas que se deducen del análisis jurídico de la figura del contrato-programa son las siguientes:

- Los denominados contratos-programa que vienen suscribiendo los centros del Servicio Vasco de Salud - Osakidetza y las Direcciones de Área son un ensayo de lo que en un futuro será la relación entre el Departamento de Sanidad y los centros sanitarios dependientes del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza. No se puede definir el documento suscrito actualmente como contrato, ya que las partes intervinientes no tienen personalidad jurídica diferenciada, puesto que ambas forman parte de la organización del Organismo Autónomo Osakidetza. La actividad desarrollada en la actualidad mediante los denominados contratos-programa no es más que una forma de gestión de servicio público a través de unidades de gestión diferenciadas, sin personalidad jurídica, acorde con la actual estructura del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.
- El artículo 22 del Proyecto de Ley de Ordenación Sanitaria contempla la creación del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza, atribuyéndole la función de provisión de los servicios sanitarios, mediante las organizaciones públicas de servicios dependientes del mismo. Se prevé, por tanto, que la estructura del Ente Público Osakidetza sea compleja. Sin embargo, no se determina la tipología de las mencionadas organizaciones, remitiendo al desarrollo reglamentario la configuración de la estructura de gestión sanitaria. Esta indeterminación nos lleva al campo de la incertidumbre en el régimen presupuestario y económico-financiero y consecuentemente puede incidir en el ámbito del contrato-programa.
- El presupuesto de los centros provisoros de servicios sanitarios se acomoda a la actividad pactada con el Departamento de Sanidad, sin perjuicio de que en el caso de que no cumplan los objetivos previstos, este Departamento asigne a los centros mediante transferencia los recursos necesarios para hacer frente al gasto contraído. Por consiguiente, la financiación de los centros no procederá en exclusiva de los contratos-programa, aunque supongan su fuente fundamental.

En la práctica, los denominados contratos-programa no están siendo operativos desde el punto de vista de financiación de los centros sanitarios. Las leyes de presupuestos comentadas en el apartado I, prevén la posibilidad de realizar modificaciones presupuestarias para dar cumplimiento a la puesta en marcha experimental del contrato-programa, no habiéndose producido ninguna. En definitiva, los centros sanitarios se siguen financiando conforme a los principios del régimen presupuestario.

Las conclusiones más significativas que se deducen del funcionamiento de los contratos-programa son las siguientes:

- La firma de los contratos-programa hasta el ejercicio 1996 se realiza muy avanzados los ejercicios afectados restándoles por tanto operatividad. Para el ejercicio 1997 hemos podido comprobar que se están iniciando las negociaciones a finales de diciembre de 1996, lo que nos parece un hecho positivo.



- Los precios de las actividades pactadas en el contrato-programa se fijan partiendo de los costes del ejercicio anterior (en 1995 en el Hospital de Santiago se parte de las previsiones de costes del primer trimestre de dicho ejercicio), por lo que el contrato-programa se convierte en un «traje a medida» para cada centro. Para el cálculo general de los costes de hospitalización se parte del coste total (excluidas amortizaciones) y de la producción generada en cada Servicio calculada por el programa informático PMC (Patient Management Categories). Este programa, es un sistema de clasificación de pacientes, que agrupa pacientes homogéneos, de similares características clínicas y de consumo estándar de recursos, por lo que los costes por proceso no son costes reales, sino una estimación que permite comparar entre centros y ver la evolución a lo largo del tiempo.
- Las Agencias Contratantes (actuales Direcciones de Área) pactan una actividad máxima con los centros provisoros, debido a que si se produce más no se financia. En algún caso, se pactan diferentes tramos, de forma que en el primero se paga el precio que cubre la totalidad de los costes, en el segundo tramo se paga a un precio muy inferior, que podría cubrir únicamente costes variables y lo que exceda de esa cantidad no se financia; en este sentido, se observan actuaciones diferentes en las tres Agencias Contratantes, que en principio no obedecen a razones específicas, observándose la inexistencia de criterios comunes y homogéneos que justifiquen la utilización de los diversos sistemas.
- En general, se observa que la actividad se ha incrementado desde el comienzo de la implantación de los contratos-programa en 1994. Asimismo, nos manifiestan que se produce una mejora en la descripción de los diagnósticos principales y secundarios en las historias clínicas lo que se traduce en un mayor número de unidades de producción PIR (Ver apartado «Fijación de Precios»). Esto se traduce en una mejor definición y conocimiento de la producción del hospital.
- Los contratos-programa del ejercicio 1995 tienen un apartado de «Programas especiales» que, en el caso de los tres centros analizados, supone aproximadamente el 10% del importe total del contrato-programa, respecto de los cuales no se establece ninguna unidad de medida ni precio unitario. Ello supone que no exista una facturación real de actividad, convirtiéndose en un importe fijo y global, independiente de la producción realizada. En 1996 se limita la cuantía de estos programas especiales al 5% del importe total del contrato-programa.
- Los contratos-programa contemplan la posibilidad de reversión al centro, en concepto de financiación adicional para el presupuesto de gestión del ejercicio siguiente, del exceso de obtención de ingresos respecto a los previstos en el contrato-programa. Consideramos que, teniendo en cuenta el bajo porcentaje de cobro, se debería ser más prudente, puesto que podría darse el caso de revertir ingresos que luego no serían cobrados (ver apartado IV.4).
- Respecto a la tramitación de las facturas ante las Agencias de Contratación, hemos de decir que, en general, en 1995 no se cumplen los plazos de envío de las facturas, fundamentalmente, por el retraso existente en la codificación de las altas. Por otra parte, en lo referente a la comprobación de la razonabilidad de las mismas, existen diferencias entre las tres Agencias de Contratación. Así, en Álava se han creado dos equipos que partiendo de un muestreo



han analizado la razonabilidad de las historias, diagnósticos, calidad de prescripción, etc., mientras que en Bizkaia y Gipuzkoa las comprobaciones se limitan a verificaciones de la factura, utilizando programas informáticos que detectan duplicidades, incongruencias, etc. Consideramos que, aprovechando esta fase experimental, se debería establecer un plan de actuaciones conjunto y homogéneo que abarcara ambas fases de comprobación.

- Los contratos-programa establecen que, para su evaluación definitiva, se tendrán en cuenta el denominado «Incumplimiento de los objetivos contratados» y el concepto de «Servicio Público Disponible». Sin embargo, no se contempla ni cómo se cuantifican ni cómo se valoran dichos conceptos, por lo que resulta imposible su aplicación en la evaluación definitiva de los contratos-programa.

De lo comentado anteriormente, deseamos resaltar que el Organismo Autónomo Servicio Vasco de Salud-Osakidetza tiene un sistema para conocer su actividad y sus costes que, aún siendo estándares y sin perjuicio de las mejoras y correcciones oportunas, permite comparar centros sanitarios y servicios homogéneos y analizar su evolución a lo largo de los ejercicios. Además, el preciso conocimiento de la actividad y de sus costes resulta, hoy en día, imprescindible para justificar la adecuada utilización de los recursos públicos.

IV. ASPECTOS SIGNIFICATIVOS DE LOS CONTRATOS-PROGRAMA

En 1994 se firmaron los primeros contratos-programa con los Hospitales de Santiago, Mendara y Galdakao y en 1996 se han extendido a todos los centros hospitalarios de agudos y comarcas de atención primaria, estando prevista su implantación en los hospitales de media y larga estancia, psiquiátricos y centros de salud mental extrahospitalaria. En estos contratos, los Directores de Área actúan como representantes de las «Agencias Territoriales de Contratación», aunque en la actual estructura orgánica y funcional del Departamento de Sanidad y de Osakidetza los Directores de Área no tienen atribuidas facultades de contratación sanitaria, que están reservadas a la Dirección de Aseguramiento y Contratación de dicho Departamento.

Hasta el ejercicio 1996 la firma de los contratos-programa se produce con gran retraso. En el ejercicio 1995 se realiza entre los meses de mayo y junio, restándoles operatividad. Las negociaciones para la firma de los contratos-programa del ejercicio 1997 se inician a finales de diciembre de 1996.

IV.1 FIJACIÓN DE PRECIOS

Hasta la fecha, los precios se pactan partiendo de los costes del ejercicio anterior (en el Hospital de Santiago en 1995 se parte de la estimación realizada para el primer trimestre del ejercicio), lo que convierte al contrato-programa en un «traje a medida» para cada centro. Para el cálculo de los costes de hospitalización se parte del coste (excluidas amortizaciones) de cada Servicio y de la producción generada en cada Servicio calculada por el programa informático PMC (Patient Management Categories) que es un sistema de clasificación de



pacientes, que agrupa pacientes homogéneos, con similares características clínicas y de consumo estándar de recursos.

Este programa asigna a la producción (previa codificación del documento de alta médica) unos puntos de complejidad (puntos PIR) en función del grado de consumo de recursos de cada proceso PMC, de forma que se obtiene para cada Servicio Médico su producción en número de unidades PIR y por tanto el coste unitario de cada PIR. Además, se obtiene el coste de cada proceso realizado en ese Servicio, multiplicando el coste unitario del PIR del Servicio por el número de unidades PIR de cada proceso. Hemos de recalcar que este coste por proceso no es un coste real, en tanto en cuanto las asignaciones de consumos de recursos de cada proceso (número de unidades PIR) están contempladas en el programa informático y son las que fueron consideradas por los expertos que elaboraron este programa. El coste por proceso calculado a partir del programa PMC sirve para efectuar análisis comparativos, tanto entre centros, como para ver su evolución a lo largo del tiempo.

A continuación detallamos algunos de los precios pactados para el ejercicio 1995 con los hospitales de Santiago, Mendaro y Galdakao:

PROCESO O ACTO	Pesetas		
	H. SANTIAGO	H. MENDARO	H. GALDAKAO
HOSPITALIZACIÓN GENÉRICA.			
PIR	340.000	276.365	281.062
ALTA HOSPITALARIA(*)	393.380	-	-
HOSPITALIZACIÓN PROCESOS SINGULARIZADOS			
VARICES	355.300	262.700	333.216
CATARATAS	223.040	164.500	150.208
HERNIA	-	228.100	332.615
PRIMERAS CONSULTAS	13.000	9.960	10.666
CONSULTAS SUCESIVAS	6.500	4.980	5.820
URGENCIAS SIN INGRESO	7.867	15.260	13.014

(*).- En el Hospital de Santiago se pactan dos posibilidades de facturación, aplicándose la facturación por alta hospitalaria en la liquidación del contrato-programa.

Aunque a la fecha actual el precio se vincula al coste PMC comentado anteriormente porque se está empezando (se observa mejora en la producción y por tanto disminución de costes unitarios), en un futuro se prevé la fijación de unos precios que se acercarían a los de los centros más eficientes, siempre teniendo en cuenta peculiaridades relativas, por ejemplo al tipo de hospital. Así, un hospital general tiene una estructura y unos servicios de los que no dispone un hospital comarcal, y que encarecen su producción; por otra parte, pueden existir ineficiencias estructurales en los centros que producen el mismo efecto. En este sentido, en 1996 la Dirección de Aseguramiento y Contratación del Departamento de Sanidad ha establecido unos precios máximos para estimular la eficiencia y un futuro posicionamiento de competencia entre provisoros, de los que extractamos algunos:



	Pesetas
PROCESO O ACTO	PRECIO
PUNTO PIR HOSPITAL GENERAL	359 000
PUNTO PIR HOSPITAL COMARCAL	274 000
VARICES	342 000
CATARATAS	168 000
HERNIA	325 000
PRIMERAS CONSULTAS	14.750
CONSULTAS SUCESIVAS	7.375
URGENCIAS NO INGRESADAS	13 700

Por otra parte, la Dirección citada da instrucciones para que el concepto «Ajuste por estructura» que cubriría la ineficiencia estructural no culposa y demostrada, sea reducido al mínimo a medida que el centro se adapte a la situación de competencia propiciada por el mercado. También cuestiona el concepto, debido a que es difícilmente objetivable y al riesgo de ser utilizado como cajón de sastre. Finalmente, considera que los precios PIR pactados con los centros por encima de los precios máximos anteriormente comentados, serán considerados como «Ajuste de estructura».

IV.2 ACTIVIDAD

Diversas circunstancias como el envejecimiento de la población, la incorporación de nuevas tecnologías o el propio cambio cultural de la ciudadanía propician un aumento de la demanda de servicios sanitarios que, en un contexto de escasez de recursos públicos disponibles, obligan al Departamento a controlar el volumen de actividad. En este sentido, los contratos-programa fijan una actividad que se establece como máxima. En algún caso, se establecen diferentes tramos de actividad, de forma que en el primero se paga el precio que cubre la totalidad de los costes, en el segundo se cubren costes variables y el exceso no es objeto de cobertura. El incremento de costes por conceptos retributivos (no contemplados en el contrato-programa) o las modificaciones de la oferta asistencial de los Centros deben tratarse mediante Addendas, dotando de dinamismo a la gestión contractual y favoreciendo la correspondencia entre financiación y prestación de servicios sanitarios.

En 1996 la Subdirección de Aseguramiento y Contratación establece en sus «Criterios para la negociación de los contratos-programa» que las Agencias de Contratación han de procurar establecer las medidas necesarias para controlar el posible efecto inflacionista sobre la actividad y para ello las previsiones de actividad realizadas deben ser lo más precisas y ajustadas.

En general, se observa que desde el comienzo de la implantación de los contratos-programa en 1994 la actividad se ha incrementado (por ejemplo, las altas hospitalarias se incrementan en 1995 respecto al ejercicio anterior en los Hospitales de Santiago, Mendaro y Galdakao en un 18%, 6% y 3% respectivamente). Por otra parte, debido a la mejora en la descripción de los diagnósticos principales y secundarios en las historias clínicas, se produce un mayor número de unidades PIR (se incrementan en 1995 respecto a 1994 en los Hospitales de Santiago,



Mendaro y Galdakao en un 22%, 17% y 9% respectivamente). Esto produce una mejor definición y conocimiento de la producción del hospital.

IV.3 PROGRAMAS ESPECIALES

Por otra parte, en 1995 se pactan programas especiales por un importe global sin establecerse unidades de medida ni precios unitarios. Estos programas hacen referencia entre otros a: Rehabilitación, Hemodiálisis, Docencia e Investigación, etc. En 1995, el importe de los programas especiales (sin tener en cuenta las Addendas firmadas a lo largo del ejercicio) es el siguiente:

Pesetas			
HOSPITAL	PROGRAMAS ESPECIALES (A)	TOTAL CONTRATO- PROGRAMA(B)	A/B
SANTIAGO	622.729.140	5.762.327.000	10,8%
MENDARO	219.634.835	2.320.433.725	9,5%
GALDAKAO	798.276.195	8.317.891.381	9,6%

En 1996 se establecen unos precios de referencia para algunos de estos programas especiales, que pasan a llamarse «diferenciados» (Rehabilitación, Hemodiálisis, etc.). Para el resto de programas especiales (Docencia e Investigación, Apoyo Atención Primaria, etc.) sigue sin fijarse precios unitarios, aunque se establece que el importe total de estos últimos programas no podrá superar el 5% del total del contrato-programa.

IV.4 INGRESOS

En el contrato-programa se prevén unos ingresos a obtener por el centro provisor, tanto por «venta de servicios» (facturaciones a compañías de seguros, mutuas patronales, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Instituto Social de la Marina, ...) como por «otros ingresos» y se dispone que, en los supuestos de obtención de ingresos por encima de la previsión establecida, revertirán al centro para la realización de proyectos concretos que al efecto se convengan, en concepto de financiación adicional para el presupuesto de gestión del año siguiente.

Consideramos que la presupuestación de ingresos está sujeta a factores difícilmente predecibles y, por otra parte hay un factor muy importante que es el bajo grado de cumplimiento o cobro de los mismos. Por ello no nos parece adecuada la reversión en concepto de financiación adicional del exceso de ingresos reconocidos respecto a los presupuestados, puesto que estos derechos pueden no ser cobrados. A efectos ilustrativos, la situación para los Hospitales de Santiago, Mendaro y Galdakao en el ejercicio 1995 es la siguiente:



Pesetas			
DESCRIPCIÓN	H SANTIAGO	H MENDARÓ	H GALDAKAO
INGRESOS PRESUPUESTADOS EN EL CONTRATO-PROGRAMA	277.480.000	30.250.000	367.118.000
INGRESOS RECONOCIDOS EN EL PRESUPUESTO 1995	182.638.000	31.112.000	427.644.000
COBROS REALIZADOS EN 1995	123.766.000	23.259.000	182.171.000

IV.5 EVALUACIÓN DEFINITIVA DEL CONTRATO-PROGRAMA

Una vez cerrado el ejercicio se procederá a la evaluación definitiva del contrato-programa. Para ello, se tendrá en cuenta el denominado «Incumplimiento de los Objetivos Contratados» (IOC) y el concepto de «Servicio Público Disponible» (SPD) por el desempeño de funciones y cometidos que no hubieran sido incluidas en los parámetros de valoración del coste anual estimado en el contrato-programa.

En el contrato-programa no se contempla cómo se cuantifican ni cómo se valoran los conceptos anteriormente comentados (IOC y SPD), por lo que resulta imposible aplicarlos en la evaluación definitiva del mismo. En la práctica, para los centros analizados observamos que, en general, no se han aplicado limitándose la evaluación definitiva al análisis de la liquidación del contrato-programa tanto en sus magnitudes de actividad, resultados económicos y cumplimiento de los estándares de calidad pactados. El único Incumplimiento de Objetivos Contratados aplicado es el relativo a la menor actividad realizada respecto a la pactada y, en el caso del Hospital de Santiago, una penalización por listas de espera relativa a consultas externas.

IV.6 COMPROBACIONES REALIZADAS POR LAS AGENCIAS DE CONTRATACIÓN

El contrato-programa establece que las Agencias de Contratación deben recibir las facturas de los centros provisosores antes del día 15 del mes siguiente (en 1996 se amplía el plazo a 30 días). En 1995, y con carácter transitorio, se establece un plazo de 40 días hasta que se desarrollen los procedimientos de facturación y codificación, observándose que en general no se cumple dicho plazo de envío de las facturas, por el retraso existente en la codificación. Las actuaciones realizadas por dichas Agencias para comprobar la razonabilidad de dichas facturas son las siguientes:

- La Agencia de Contratación de Álava ha constituido dos equipos de trabajo para, partiendo de un muestreo de historias clínicas, analizar la razonabilidad de las facturaciones, viendo las historias, diagnósticos, calidad de prescripción, etc.
- En Gipuzkoa y Bizkaia no se ha realizado el trabajo anteriormente comentado, analizando las facturaciones a través de un programa informático que detecta posibles duplicidades o incongruencias de la facturación.



Consideramos que, aprovechando este período experimental se debería establecer un plan de actuación conjunto que abarcara ambas fases de comprobación.

V. LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO-PROGRAMA DEL EJERCICIO 1995

Para mostrar las magnitudes más significativas de la liquidación de los contratos-programa, conjugamos en el siguiente cuadro los importes de estos conceptos:

- A. Liquidación del contrato-programa (incluye las Addendas firmadas).
- B. Financiación prevista a la firma del contrato-programa.
- C. Costes totales incurridos en el ejercicio.

	Pesetas		
DESCRIPCIÓN	H. SANTIAGO	H. MENDARÓ	H. GALDAKAO
A. LIQUIDACIÓN	5.714.705.000(*)	2.407.343.276	8.647.061.700
B. FINANCIACIÓN CONTRATO-PROGRAMA	5.803.955.325	2.430.333.000	8.667.461.400
C. COSTES	5.911.244.891	2.428.203.000	8.630.856.594
A - B	(89.250.325)	(22.989.724)	(20.399.700)
B - C	(107.289.566)	2.130.000	36.604.806
A - C	(196.839.891)	(20.859.724)	16.205.106

(*) - La facturación del contrato-programa del Hospital de Santiago asciende a 6.259.852.900 pesetas considerando toda la actividad realizada, independientemente de que se supere el máximo establecido en el contrato-programa. A efectos comparativos deducimos el exceso de actividad, detallándolo en el apartado específico del Hospital

V.1 HOSPITAL DE SANTIAGO

El Hospital de Santiago ha incurrido en 107 millones de pesetas más de coste respecto a la financiación asegurada por el contrato-programa, aunque la actividad realizada ha superado globalmente a la establecida en el contrato-programa (456 millones de pesetas) tal y como detallamos a continuación:

	ACTIVIDAD C.-PROGRAMA (Unidades)	ACTIVIDAD REAL (Unidades)	DIFERENCIA (Unidades)	PRECIO (Pesetas)	DIFERENCIA IMPORTE (Pesetas)
HOSPITALIZACIÓN (ALTAS).....	8.337	9.716	1.379	393.380	542.471.020
VARICES	360	309	(51)	355.300	(18.120.300)
CATARATAS	500	512	12	223.040	2.676.480
PRIMERAS CONSULTAS	46.530	50.360	3.830	13.000	49.790.000
CONSULTAS SUCESIVAS	99.000	90.744	(8.256)	6.500	(53.664.000)
CIRUGÍA MENOR	2.970	2.485	(485)	13.000	(6.305.000)
URGENCIAS	42.400	41.525	(875)	7.867	(6.883.625)
PENALIZACIÓN LISTAS DE ESPERA	-	-	-	-	(54.067.000)
					455.897.575



Si consideramos que la actividad prevista en el contrato-programa es máxima, no financiándose el exceso y financiando sólo la actividad realizada cuando es menor, tendremos que detraer al importe del contrato-programa los siguientes importes:

DESCRIPCIÓN	Pesetas IMPORTE
IMPORTE FACTURACIÓN	6.259.852.900
Menos:	
Diferencia global actividad real-actividad prevista	(455.897.575)
IMPORTE CONTRATO-PROGRAMA	5.803.955.325
Menos:	
Subactividad en varices	(18.120.300)
Desviación en primeras consultas netas de penalización por lista de espera	(4.277.000)
Subactividad en consultas sucesivas	(53.664.000)
Subactividad en cirugía menor	(6.305.000)
Subactividad en urgencias	(6.883.625)
IMPORTE A FINANCIAR	5.714.705.400

Si tomamos la información de costes proporcionada por la Agencia de Contratación (5.911 millones de pesetas) que se aproxima al gasto corriente registrado en el Presupuesto 1995 (5.919 millones de pesetas), observamos que habría un déficit de 196 millones de pesetas. A estos efectos hay que considerar la producción realizada y no financiada, así como la producción prevista no realizada. En el análisis de la liquidación final se destaca que en la previsión del contrato-programa no se consideraron partidas como sentencias judiciales, apertura de Unidad de Cuidados Intensivos y de nuevos quirófanos, que han afectado tanto a los gastos como a la actividad real del ejercicio. Consideramos que se debe analizar la importante desviación entre la producción prevista y la real, para intentar ajustar futuros contratos-programa.

V.2 HOSPITAL DE MENDARO

El Hospital de Mendaro ha incurrido en unos costes inferiores en 2 millones de pesetas respecto a la financiación establecida en el contrato-programa, pero teniendo en cuenta que la liquidación ha sido 23 millones inferior a la financiación establecida como máxima en el contrato-programa, los costes han superado en 21 millones de pesetas a la referida liquidación. En este Hospital, a diferencia del Hospital de Santiago, para consultas y urgencias se establecen dos tramos de precios y lo que exceda no se financia. Asimismo, la sobreactividad no financiada en hospitalización comienza a partir de 5.100 puntos PIR conjuntos para la globalidad de hospitalización genérica (4.254 puntos) y los procesos singularizados (846 unidades).

Los procesos singularizados se facturan a su precio hasta llegar al máximo número de unidades establecido en el contrato-programa. Las unidades que superen ese máximo se



facturan al precio PIR de hospitalización genérica, que es superior, con lo que se está premiando la sobreactividad.

	ACTIVIDAD C -PROGRAMA (Unidades)	ACTIVIDAD REAL (Unidades)	DIFERENCIA (Unidades)	PRECIO (Pesetas)	IMPORTE FACTURA (Pesetas)
Hospitalización genérica (puntos PIR):	4.254	4.559	305(A) (147)(B)	292.689(G)	1.245.099.006 (42.996.014)
Hernias	180	169	(11)	228.100	38.548.900
Hemorroides/Quiste	155	142	(13)	198.800	28.229.600
Varices	130	99	(31)	262.700	26.007.300
Cataratas	315	569	254(B) 147(B)	164.500 292.689	51.817.500 42.996.014
Partos	430	455	25(C)	207.442	89.200.060
Consultas intrahospitalarias(D)	66.179	73.468	7.289(D)	5.210(G)	344.792.590
Plus consultas intrahospitalarias	5.000	7.289	2.289	1.000	5.000.000
Consultas extrahospitalarias(D)	75.480	79.070	3.590(D)	1.304(G)	98.425.920
Plus consultas extrahospitalarias	10.000	3.590	(6.410)	1.000	3.590.000
Urgencias	15.350	15.654	304(E)	15.964(G)	245.047.400
Plus de Urgencias	867	304	(563)	6.000	1.824.000
Programas especiales(F)					229.761.000
TOTAL					2.407.343.276

(A) Diferencia no facturada, es sobreactividad

(B) Este exceso no se financia como proceso; se financia al precio del PIR de hospitalización genérica, hasta el tope de número de unidades PIR de hospitalización genérica de 4.254 unidades, que se alcanzan en noviembre, por lo que en diciembre quedan 28 cataratas sin facturar. El resto, 226 cataratas se facturan por su número de unidades PIR (0,65 u/proceso), o sea 146,9 unidades PIR; por tanto, este importe hay que restarlo de la facturación de hospitalización genérica, al haberse utilizado ya en cataratas.

(C) Idéntica explicación a la nota (B). En este caso el exceso surge en diciembre, y teniendo en cuenta que ya en noviembre se había llegado al tope de unidades PIR de hospitalización genérica, no se factura el exceso.

(D) Se convierten primeras consultas en sucesivas, a razón de una consulta primera igual a dos consultas sucesivas, siendo por tanto el precio el de la consulta sucesiva. El exceso se factura como plus de consultas hasta el máximo establecido.

(E) El exceso se factura como plus.

(F) Los programas especiales son cantidades fijas no sujetas a facturación y control individualizado.

(G) Estos precios no coinciden con lo indicado en el apartado «Fijación de precios», debido a que se incorpora el incremento salarial no contemplado inicialmente en el contrato-programa, dando lugar a una Addenda firmada con posterioridad. En los hospitales de Santiago y Galdakao, este incremento se añadió de forma global a los programas especiales, razón por la cual no se observan diferencias de precios.

Si tomamos la información de costes proporcionada por la Agencia de Contratación, 2.428 millones de pesetas (el gasto corriente registrado en el ejercicio es de 2.451 millones de pesetas), observamos que hay un déficit de 21 millones de pesetas. Esta situación se produce por el no cumplimiento de actividad prevista en Varices, hernias y hemorroides, habiéndose producido un exceso de actividad en hospitalización genérica.



V.3 HOSPITAL DE GALDAKAO

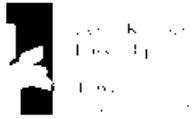
El Hospital de Galdakao ha facturado en 1995 un importe de 8.647.061.700 pesetas, 20.399.700 pesetas por debajo de lo establecido en el contrato-programa, debido a la infractividad en consultas primeras y urgencias. No obstante, hemos de decir que en el resto de procesos o actos hay una sobreactividad no facturada de 193.805.069 pesetas. El detalle de los importes anteriores es el siguiente:

	ACTIVIDAD C.-PROGRAMA (Unidades)	ACTIVIDAD REAL (Unidades)	DIFERENCIA (Unidades)	PRECIO (Pesetas)	DIFERENCIA MPORTE (Pesetas)
Hospitalización genérica (puntos PIR).....	18.326	18.636	310	281.062	87.129.220
Varices	104	230	126	333.216	41.985.216
Cataratas	990	1.099	109	150.208	16.372.672
Hernia	293	363	70	332.615	23.283.050
Desprend. retina	106	113	7	322.041	2.254.287
Artritis r mayor	196	202	6	627.029	3.762.174
Primeras consultas	53.048	52.003	(1.045)	10.666	(11.145.960)
Plus primeras consultas	2.069	-	(2.069)	4.200	(8.689.800)
Consultas sucesivas	137.338	151.003	13.665	5.820	(A)
Plus consultas sucesivas	5.360	13.665	8.305	2.290	19.018.450
Urgencias	40.786	43.919	3.133	13.014	(A)
Plus urgencias	3.263	3.133	(130)	4.338	(563.940)
TOTAL SOBREACTIVIDAD					193.805.069
TOTAL INFRACTIVIDAD					(20.399.700)

(A) - El exceso pasa a facturarse como plus.

	Pesetas
IMPORTE CONTRATO-PROGRAMA	8.667.461.400
Menos: Infractividad	(20.399.700)
IMPORTE LIQUIDACIÓN	8.647.061.700
Más: Sobreactividad	193.805.069
IMPORTE ACTIVIDAD REAL	8.840.866.769

Si tomamos la información de costes proporcionada por la Agencia de Contratación, 8.631 millones de pesetas, que se aproxima al gasto corriente registrado en el Presupuesto 1995 (8.637 millones de pesetas), observamos que habría un superávit de 16 millones de pesetas. En la consideración de esta cifra hay que considerar además que hay 194 millones de producción que no ha sido facturada.



VI. COSTE POR PROCESO DE HOSPITALES DE AGUDOS PARA 1994 Y 1995

Las Direcciones de Asistencia Sanitaria y de Gestión Económica del SVS-Osakidetza elaboran un informe anual sobre la actividad clínica y costes de los hospitales de agudos que, partiendo del sistema clasificación de pacientes (PMC) anteriormente comentado y del cálculo de costes por servicio, permite conocer la producción y los costes unitarios. Esta información se presenta por centros, lo que permite comparar los costes entre centros y por ejercicios (recordar que no son costes reales, tal y como comentamos en el apartado de «fijación de precios»), convirtiéndose en una herramienta de gestión básica para la firma de los contratos-programa.

El informe contiene básicamente la siguiente información:

- Indicadores clínicos Básicos por Hospital
- Distribución del coste de los hospitales por área de actividad
- Indicadores económicos en hospitalización
- Indicadores económicos en consultas externas intrahospitalarias
- Indicadores económicos en urgencias no ingresadas
- Coste en servicios generales clínicos
- Coste en servicios generales
- Indicadores y costes de los veinte procesos más frecuentes.
- Indicadores y costes de los veinticinco procesos médicos más frecuentes
- Indicadores y costes de los veinticinco procesos quirúrgicos más frecuentes.
- Actividad por servicio comparativa entre hospitales
- Ambulatorización de procesos por hospitales
- Tasas de mortalidad
- Tasas de mortalidad por proceso.
- Estancias evitables
- Estancias evitables por proceso
- Nivel de codificación de diagnósticos.
- Indicadores básicos, de calidad, y veinte procesos más frecuentes por cada servicio clínico final.

Valoramos positivamente el esfuerzo realizado por el Organismo Autónomo Servicio Vasco de Salud-Osakidetza en los últimos ejercicios para implantar este sistema de conocimiento de su producción y cálculo de costes en base al programa PMC anteriormente comentado, que le permite comparar entre centros y ver la evolución entre ejercicios.



En relación con los tres hospitales analizados, a continuación extractamos la información sobre la evolución de determinadas magnitudes:

COSTE PMC	Pesetas					
	H. SANTIAGO		H. MENDARO		H. GALDAKAO	
	1995	1994	1995	1994	1995	1994
ALTA	360.913	394.613	290.063	281.367	326.001	321.990
PIR	307.779	347.750	261.014	279.614	274.049	285.704
PRIMERA CONSULTA	13.720	12.958	11.031	9.808	16.902	16.827
CONSULTA SUCESIVA	6.860	6.479	5.516	4.904	8.451	8.414
URGENCIA SIN INGRESO	7.250	7.139	15.473	15.409	13.540	12.782

A modo de ejemplo, a continuación extractamos el indicador de dicho informe «Coste de los veinticinco procesos médicos más frecuentes» (seleccionamos los cinco primeros) y para los centros que han sido seleccionados: Hospital de Santiago, Hospital de Mendaro y Hospital de Galdakao.

COSTE POR PROCESO	Pesetas					
	H. SANTIAGO		H. MENDARO		H. GALDAKAO	
	1995	1994	1995	1994	1995	1994
1702 Embolia/hemorragia intracerebral	398.078	458.526	364.598	428.657	395.462	336.897
401 Bronquitis crónica/asma	235.063	307.209	193.539	230.509	229.809	242.335
4725 Cat. supl.: Observación cuidados	78.893	84.470	62.575	65.428	58.363	57.642
2401 Neumonía bacteriana	368.485	410.579	392.007	324.326	389.941	376.705
3917 Taquiarritmia	297.447	424.537	301.094	284.184	253.370	261.781



Herri Kontuen
Euskal Epaitegia

Tribunal Vasco
de Cuentas Públicas

Area 1 01005 VITORIA-GASTIPE
Aparto 2239 P.k. 01080 VITORIA-GASTIPE
Tel.:945 14 30 60 Fax:945 14 07 75