



REVISION DEL SISTEMA DE FACTURACION

Y COBRO DEL HOSPITAL DE NAVARRA

1.986



De conformidad con la Ley Foral 19/84, de 20-XII-84, reguladora de la Cámara de Comptos de Navarra, hemos procedido a realizar la revisión del Sistema de facturación y cobro del Hospital de Navarra del Ejercicio 1986.

Este trabajo se inició en el mes de Noviembre de 1986 finalizando la labor de campo en Enero de 1987.

I N D I C E

- 1 - OBJETIVOS
- 2 - OPINION Y CONCLUSIONES
- 3 - DESCRIPCION DEL SISTEMA
- 4 - PUNTOS DEBILES DETECTADOS EN EL SISTEMA
 - 4.1 - UNIDAD DE ADMISION
 - 4.2 - UNIDAD DE ADMINISTRACION PERIFERICA
 - 4.3 - UNIDAD DE FACTURACION
 - 4.4 - UNIDAD DE TESORERIA
 - 4.4.1 - Cobros por Caja
 - 4.4.2 - Cobros por Banco
 - 4.4.3 - Control, Gestión y Cobros de Resultas
 - 4.4.4 - Reducción de Tarifas 100 %
 - 4.4.5 - Remisión de Resultas a la Agencia Ejecutiva.-
 - 4.4.6 - Anulaciones de Deudores que están ya en la Agencia Ejecutiva.-
- 5 - FACTURACION DE 1985 Y GESTION DE COBROS
- 6 - ESTUDIO DE LA EVOLUCION DE LOS PRECIOS HOSPITALARIOS.-
PRECIO COSTE - PRECIO VENTA Y DEFICIT.-

1 - OBJETIVOS

El presente Informe tiene por objeto el estudio del sistema de facturación del Hospital de Navarra y cobro posterior, con la idea de asegurarnos de que:

- 1 - Todos los actos asistenciales facturables del Hospital son facturados.
- 2 - La facturación se contabiliza adecuadamente.
- 3 - Las facturas son cobrables y de hecho se cobran de una manera razonable.

Como consecuencia del estudio del sistema de facturación, su contabilización y cobro posterior, estaremos en condición de realizar las recomendaciones pertinentes en orden a mejorar el control interno del sistema que asegure de una manera razonable los objetivos comentados anteriormente.

El Hospital de Navarra tiene déficit, pues bien, intentaremos mostrar ese déficit y relacionarlo con la facturación estudiando los precios y su evolución en los últimos ejercicios para intentar determinar qué motivos producen dicho déficit y en qué cuantía.



2 - OPINION Y CONCLUSIONES

Hemos revisado el control interno del sistema de facturación del Hospital de Navarra, efectuando cuantas pruebas hemos considerado necesarias según las circunstancias, incidiendo, básicamente, en los puntos que, a través de nuestra revisión, aparecían como potencialmente débiles, en el sentido de que podían poner en entredicho los objetivos relacionados en el epígrafe anterior.

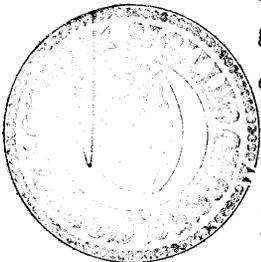
El sistema de facturación del Hospital de Navarra ha sido mejorado considerablemente en los últimos ejercicios; no obstante, después de nuestra revisión, estimamos conveniente realizar una serie de recomendaciones.

El sistema bajo estudio resulta ser excesivamente complicado y existen numerosas excepciones a los procedimientos generales, procedimientos que no constan detalladamente por escrito.

Estimamos necesaria una concreción por escrito y detallada del sistema de facturación delimitando áreas de responsabilidad y tareas a realizar por los diferentes Departamentos implicados.

Con respecto a la factura, estimamos que la misma debería ser más detallada ya que, en la actualidad, sólo constan cifras globales. Esto dificulta revisiones posteriores y aporta una escasa información al usuario.

El mismo Hospital, dentro de su constante mejora de métodos que comentábamos antes, está, en estos momentos, revisando el sistema de facturación con el objeto de efectuar cambios en el mismo.



Estimamos, sería el momento propicio para realizar esa simplificación y concreción por escrito del sistema, para lo cual creemos pueden servir de referencia las deficiencias que a través de nuestro estudio se han puesto de manifiesto y que podemos ver a lo largo del Informe, pero que a grandes rasgos podemos resumir siguiendo los objetivos de control interno.

Objetivo 1:

Todos los actos médicos del Hospital son facturados:

- En algunos casos, la inexistencia de controles paralelos puede poner en entredicho este objetivo. Estos controles deben asegurar que los datos básicos que sirven para facturar son revisados por terceras personas, con información proveniente del estamento médico lo que evitaría errores u omisiones en facturación.
- Utilización de impresos prenumerados, y respeto de dicha prenumeración.
- Constancia escrita de comprobaciones realizadas mediante firmas o visés.
- Segregación de funciones, es decir, que no coincidan en una misma persona cometidos incompatibles para un adecuado control interno.

Objetivo 2: La facturación se contabiliza adecuadamente:

No tenemos comentarios especiales a este respecto: el sistema permite que la contabilización se realice de una manera razonable.

Objetivo 3: Las facturas son cobrables y de hecho se cobran de una manera razonable.

-- Existe una deficiente toma de datos de los pacientes en Admisión, que puede poner en entredicho este objetivo.

Este hecho incide particularmente en los usuarios Particulares, tanto ingresados como ambulatorios, e ingresos por Accidente de Tráfico que son, precisamente, los que presentan índices altos de pase de la deuda a la Agencia Ejecutiva por impago.

Con respecto al resto de usuarios, como puede verse más detalladamente en el epígrafe 5 del Informe la gestión de cobros, es razonable.

Por último, en el epígrafe 6 del Informe hemos realizado un estudio del déficit del Hospital de Navarra que asciende a 1.506 millones en 1985, comparando los precios por estancias (principal dato de facturación del Hospital) con el coste.

En general, dicho precio está por debajo del coste; sobre todo para los usuarios del Insalud, Diputación Foral, Accidentes de Trabajo y de Tráfico que absorben la casi totalidad de la facturación del Hospital, un 91 % en 1985, y, por otra parte, los incrementos de precios para estos clientes, en los últimos ejercicios, son sensiblemente inferiores al IPC con lo que el problema parece ir agravándose en este sentido.

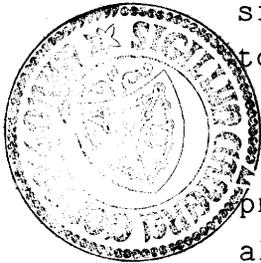
El precio de facturación para el Insalud se establece por Orden Ministerial en base a una clasificación de los Hospitales según niveles asistenciales.

El precio de costo del Hospital se sitúa en el precio de facturación del grupo VII nivel 3 de la clasificación del Insalud, nivel asistencial que en opinión del Hospital está cubierto suficientemente, sin que hasta la fecha haya sido reconocido.

Hay que tener en cuenta que el sistema de facturación es una parte del complejo entramado de sistemas, que llamamos de control interno, del Hospital de Navarra.

El volumen de operaciones del Hospital permite, en nuestra opinión, el mantenimiento de un equipo de auditoría interna cuyo cometido sería de un constante estudio y revisión de los sistemas, informando a la Dirección de los puntos débiles y las mejoras para subsanarlos.

Los procedimientos o sistemas se van modificando con la práctica y ciertos aspectos cayendo en desuso si no existe alguien dedicado a su mantenimiento y perfección, trabajo éste, en nuestra opinión, cuya rentabilidad para el Hospital se Navarra sería interesante a corto plazo.



3 - DESCRIPCION DEL SISTEMA

El Estudio del Sistema de facturación y cobro del Hospital de Navarra se centra en las siguientes Unidades o Departamentos, sin que ello signifique que las personas relacionadas a continuación estén íntegramente dedicadas a facturación.

Unidad de Admisión e Información: que bajo la dirección de una jefatura de unidad, tiene una encargada de admisión, 10 administrativos en admisión central y 5 en admisión de urgencias.

Unidad de Administración Periférica: de la que dependen los administrativos de los Servicios:

Plantas

Servicios Generales

- | | | |
|---------------------------------|-------------|---------------------------|
| - Geriatria Blanco |] 1 Admvo. | - Farmacia - 2 Admvos. |
| - Geriatria Azul | | - Rayos - 3 Admvos. |
| - Reanimación Uvi | - 1 Admvo. | - Laboratorio - 4 Admvos. |
| - Historias Clín. | - 2 Ad. | - Historias Clín. - 2 Ad. |
| - Traumatología | - 1 Admvo. | - Biblioteca - 1 Admvo. |
| - Aparato digestivo | - 1 Admvo. | - Jefatura: 1 Secretaria |
| - Cardiología | - 1 Admvo. | 4 Ad.contrat. |
| - Medicina Interna | - 1 Admvo. | |
| - Neumología | - 1 Admvo. | |
| - Neurología |] 1 Admvo. | |
| - Dermatología | | |
| - Cirugía Gral. | - 1 Admvo. | |
| - Nefrología | - 1 Admvo. | |
| - Urología | - 1 Admvo. | |
| - Neurocirugía | - 1 Admvo. | |
| - Cardiocirugía | - 1 Admvo. | |
| - Oftalmología | - 1 Admvo. | |
| - Otorrinolaringología | - 1 Admvo. | |
| - Radioterapia | - 1 Admvo. | |
| - Hematología | - 1 Admvo. | |
| - Inf.Pacientes Traum. y Neuro. | - 1 Admvo. | |
| - Quirófanos y Anestesia | - 2 Admvos. | |
| - Rehabilitación | - 1 Admvo. | |



Unidad de Facturación: que cuenta con un jefe de facturación, 5 auxiliares administrativos y un subalterno.

Unidad de Tesorería: con un jefe de tesorería, 2 auxiliares administrativos, 1 gestor y un subalterno.

En principio, hemos de indicar que no existe un único tratamiento administrativo, a grandes rasgos los procedimientos de facturación pueden dividirse en:

- Facturación de ingresados
- Facturación de consultas

Por otra parte, para cada uno de estos dos procedimientos existen diferencias sustanciales en el sistema, en razón de los 24 distintos códigos de usuario o cliente en que puede ser clasificado un paciente del Hospital y que relacionamos a continuación:



Código Denominación

- | | |
|---|--|
| 0 | Insalud - (Enfermos amparados por la Seguridad Social. Acuden con volante de la Inspección médica del Insalud). |
| 1 | Beneficencia Municipal - (Acuden con cartilla de Beneficencia Municipal de Pamplona o con volante firmado por el médico de la Beneficencia). |
| 2 | Convenio Diputación - No existe |
| 3 | Particular |
| 4 | Accidentes de Trabajo |
| 5 | Accidentes Tráfico |
| 6 | Entidades de Seguro con Concierto - No existe |
| 7 | Lagun Aro |
| 8 | Unión Previsora |
| 9 | Ejército |

Código Denominación

A	Otros
B	Reducción - B.1 (100 % Reducción) (Cuando no puedan pagar -vagabundos, etc.- la asistenta social estudia el ca- so y eleva informe a la gerencia, soli- citando, en su caso, el 100 % de re- ducción). - B.2 (75 % reducción) - no se usa - B.3 (50 % reducción) - no se usa - B.4 (25 % reducción) - no se usa
F	Empleados Provinciales Uso Especial
G	Empleados Provincial Uso Normal
H	Empleados Municipales Uso Especial
I	Empleados Municipales Uso Normal
J	Accidentes de Trabajo Contratados D.F.N.
K	Otros Centros D.F.N. (Prisión, Orfanatos, etc.)
L	Igualatorio Médico
M	Asesoría Médica - Accidentes Laborales Insalud
N	Previa
O	Hospital Psiquiátrico
P	Hospital Reina Sofía - Tudela
Q	Otros Centros Servicio Regional de la Salud
R	Mutualidad Gral. Deportiva



Solamente indicar, en cuanto a los precios, que son establecidos normalmente mediante convenios, a excepción de los precios del Insalud que son fijados por Orden Ministerial, y que el precio de facturación, normalmente, se establece por precio día estancia, aunque en algunos casos se facturen tratamientos y exploraciones especiales incrementando la facturación por estancia.

Los servicios a funcionarios y beneficencia son facturados por el Hospital con independencia del hecho de que no

sean cobrados, según establece la Norma General Presupuestaria.

Más adelante entraremos más a fondo en la problemática de los precios de facturación, que constituyen un epígrafe separado del Informe.

La diversidad de tipos de usuarios o clientes y la diferenciación entre ingresados y consultas, hace difícil mostrar con brevedad un resumen del sistema completo de facturación del Hospital, ya que requeriría entrar en pequeños detalles de cada uno de ellos, lo que aportaría una extensión y complejidad al Informe que pretendemos evitar.

No obstante, a continuación describiremos globalmente el sistema, a sabiendas de que la generalización y simplificación disminuye de algún modo el rigor.

El sistema se puede sintetizar describiéndolo como una aplicación informática que recibe datos de:

- * Admisión, en cuanto a fecha de ingreso, datos personales, código de usuario, traslados entre servicios, altas, etc.
- * Plantas de Hospitalización, en cuanto a la factura comprensiva de la estancia, Tac, intervenciones quirúrgicas, prótesis, medicación y tratamientos especiales (para los usuarios a quienes les es facturable).
- * Facturación, donde se introducen por pantalla los datos de la hoja de admisión correspondiente a cada consulta, y la factura de Hemodiálisis, Tac ambulatorio, rehabilitación y quimioterapia ambulatoria. Datos estos que les llegan en flujo de documentos de las plantas donde se administran.



En la unidad de facturación se comprueban las facturas realizadas por las plantas, en cuanto a estancias y código de usuario básicamente, y, en su caso, se anulan las erróneas, introduciendo las correctas.

Las facturas de particulares se ponen al cobro con su correspondiente carta de pago. A las mutuas, ejército e Insalud se les envía mensualmente cartas de pago comprensivas del listado de sus usuarios y los volantes para quienes los exijan en el convenio respectivo. El listado de funcionarios se remite a la Dirección de Personal de la Diputación. Copia de estos listados se envían a tesorería y contabilidad.

Las facturas de funcionarios y beneficencia se archivan.

Desde la unidad de facturación se consolidan los datos de la aplicación informática y, tras la comprobación de un ejemplar de prueba, se obtiene un listado definitivo con la siguiente información:

- Facturación Insalud ingresados y ambulatorios.
- Facturación funcionarios y accidentes laborales contratados D.F.N. ingresados/ambulatorios.
- Facturación general ingresados por tipo de usuario y servicios.
- Facturación general ambulatorios por tipo de usuario y servicios.
- Facturación Igualatorio Médico, ingresados.

En caja de Tesorería se cobran, con anterioridad y como requisito previo a su realización, las consultas de particulares y los actos facturables.

En Tesorería se lleva, asimismo, la gestión de cobros. Para ello, se extrae del fichero informático, que es el eje

del procedimiento, un listado de todo lo facturado en el año, hasta 31 de diciembre. Tal rol informático recoge lo facturado y lo cobrado por número y fecha de factura. Está ordenado por código de usuario (salvo S.S. y ejército -cuyo control es por globales y manual-, y funcionarios, apoyos a D.F.N. y beneficencias, que, por no generar cobros, no se controlan). Cada tipo de usuario se presenta, usuario a usuario, por orden alfabético.

Sobre este listado (Resultas año anterior) se realiza el control y gestión de cobros. A los usuarios que aparecen como impagados se les envía una reclamación acompañada de la correspondiente carta de pago. Si no paga, se intentan gestiones directas de cobro. De fracasar éstas, se vuelve a enviar reclamación y carta de pago, señalando que su impago determinará la remisión de la deuda a la Hacienda Foral, con el consiguiente recargo.

Para el control de cobros, este listado de Resultas se divide en tres, según sean pacientes ingresados, ambulatorios particulares o ambulatorios no particulares, y se distribuye a la gestión de tres personas distintas.

Llegados los cobros por bancos de una quincena, remitidos por la Hacienda Foral, se comprueban y se hace un resumen por línea presupuestaria y tipo de usuario (una copia se envía a Contabilidad). Las cartas de pago que acompañan a la quincena se dan a los tres gestores, que anotan el pago de las facturas del año anterior en sus correspondientes listados.

Por último, el resumen quincenal de cobros pasa a la administrativa de caja, que elabora un relación individualizada (remitiendo copia a Contabilidad); el contenido de tal rol lo introduce por pantalla al fichero informático, ya sean del año anterior o del año en curso. Si es el pago de

una factura de años anteriores, se debe comunicar el cobro a la Hacienda Foral.

Esta duplicación/división del proceso determina un control ulterior. A fin de año se vuelve a editar el listado de Resultas con que han trabajado los gestores, comprobando que lo introducido en pantalla por la administrativa de caja coincide con lo anotado por los gestores de Tesorería.

A fin de año, las facturas impagadas se envían, mediante documento individual, a la Hacienda Foral.

Una vez explicado a grandes rasgos el sistema con el único objeto de que se pueda tener una visión global del mismo, pasamos al siguiente epígrafe, donde explicaremos las deficiencias detectadas en el estudio pormenorizado de los diferentes sistemas de facturación y cobro, entendiéndose por deficiencias o puntos débiles de control interno aquéllos que pueden poner en entredicho el objetivo de asegurar que todos los hechos facturables se facturan, se revisan, se reclaman, se cobran o bien quedan como deudores, recogándose adecuadamente en los estados contables.

El enfoque de nuestro Informe es eminentemente crítico, por lo que, básicamente, nos centraremos en las partes débiles de control interno.

4 - PUNTOS DEBILES DETECTADOS EN EL SISTEMA

Vamos a ir pues mostrando los puntos débiles del sistema de control interno de facturación y cobro, siguiendo los departamentos o unidades implicados según veíamos en el epígrafe anterior:

4.1 - UNIDAD DE ADMISION

Objetivo de control interno (C.I.): "Asegurar que se registran todos los Ingresos en el Hospital".

Hemos detectado una debilidad en el sistema en cuanto a las estancias en urgencias.

Se considera estancia en urgencias, la permanencia de al menos 12 horas en las camas de dicha unidad; si la permanencia es menor, se considera consulta.

Si la administrativa de urgencias, por error, no confecciona la correspondiente "Hoja de urgencias" o, en este caso de estancias, el "parte de alta", el sistema no permite detectar el error y al cliente no se le facturaría.

El único control sería el hecho de que en una estancia mínima (12 horas), intervienen por fuerza dos turnos de administrativos.

Recomendación, (1): Este punto débil podría subsanarse si todas las estancias en urgencias estuvieran relacionadas en un control independiente, que muy bien pudiera ser un libro de "ingresos de urgencias", al igual que es realizado en las plantas por las supervisoras, y dicha información fuese enviada periódicamente en un impreso a facturación que po-

dría comprobar así dicha información de urgencias con los partes de alta.

Pruebas realizadas: No puede realizarse a posteriori una prueba de que todas las estancias en urgencias han sido facturadas, puesto que no existe el control del tipo que indicamos en nuestra recomendación.

La revisión sólo puede efectuarse en un momento determinado y por ello hemos verificado las estancias del día 19/1/87 en el servicio de urgencias, constatando la existencia de su correspondiente hoja de urgencias, y parte de alta en los casos en que la misma fue superior a 12 horas.

Objetivo de C.I.: Asegurar que se registran todas las consultas y hechos facturables.

Hemos detectado una debilidad en el sistema, en cuanto a las consultas en urgencias, entendiéndose por tales aquéllas cuya estancia en urgencias es inferior a 12 horas.

Decíamos, que cuando un paciente entra en urgencias, se rellena un impreso llamado "Hoja de urgencias".

Dichos impresos son prenumerados, una copia se archiva en urgencias y el original se envía a admisión central.

Sin embargo, no existe un procedimiento de contraste entre ambas y, por otra parte, la prenumeración no se respeta.

Los juegos de "Hojas de urgencias" pendientes de documentación, como volantes, etc., se conservan en carpetas hasta final de mes en urgencias, lo que puede provocar se traspapelen o extravíen.



Por otra parte, el personal médico no realiza un parte de sus actuaciones, lo que imposibilita cualquier contraste entre las consultas médicas y actos médicos realizados a un paciente, con la información recogida en la hoja de urgencias que sirve para facturar.

No existe un procedimiento determinado para anotar en la hoja de urgencias del paciente las pruebas o análisis realizados; en ocasiones lo anota la enfermera de turno, otras veces la administrativa de urgencias.

Las consultas de urgencias, derivadas de consulta anterior, no se consideran nuevas consultas. Es la administrativa de urgencias la que determina qué consulta se considera como tal y cuál es continuación de la primera.

En resumen, el sistema no detectará el caso de que a un paciente no se le realice su correspondiente "Hoja de Urgencias", ni el caso de que la misma esté incompleta porque no se le han anotado diversos actos médicos.



Recomendación, (2): Estimamos que esta deficiencia de control interno podría subsanarse si el personal médico o de enfermería rellenase unos partes de urgencias, anotando los pacientes y los actos médicos realizados.

Dichos partes serían enviados a facturación, que podría cotejarlos con las hojas de urgencias, poniéndose de manifiesto errores u omisiones de los mismos.

Por otra parte, parece más razonable sea el personal médico el que determine si se trata de una consulta de urgencias nueva o bien es continuación de otra anterior.

La inexistencia de dichos partes impide el realizar una revisión de la facturación a posteriori de este punto débil del sistema.

Hasta aquí nos hemos referido a consultas de urgencias.

En el caso de consultas normales, al paciente se le entregan en Admisión dos impresos de "consulta externa", de color amarillo y rosa, sellados, y una tercera copia blanca queda en admisión central.

El paciente va al servicio, donde, al pasar consulta, se quedan con la hoja de "consulta externa" rosa.

En consulta, en principio, no se admite a nadie sin las hojas amarilla y rosa de admisión, aunque siempre cabe que el personal médico o de enfermería admita a consulta a pacientes sin pasar por admisión, hecho éste que pasaría inadvertido.

Normalmente, todo paciente tiene su seguro por lo que la atención del mismo sin pasar por admisión lo único que evitaría al paciente sería la pequeña burocracia del Hospital; sin embargo, al Hospital se le ocasiona un perjuicio económico que puede ser importante. El personal médico debe concienciarse de este hecho evitando admitir a consulta a pacientes sin las correspondientes hojas de admisión.

Continuando con las hojas de admisión, decíamos que la copia blanca queda en admisión, la rosa en los servicios y la amarilla se la queda el paciente.

Parece que está establecido pero, en la práctica, no existe un procedimiento para cotejar dichas hojas rosas de los servicios con las blancas de admisión, por lo que la pérdida de una hoja blanca podría no ser detectada por el sistema y no se facturaría.

Prueba realizada: Para cerciorarnos de que el número total de consultas realizadas en cada Servicio, y reflejadas en las copias rosas de las hojas de consulta, coincide con el número de consultas controladas por Admisión y reflejadas en las copias blancas de las hojas de consultas que esta Unidad envía a la Unidad de Facturación, hemos realizado la siguiente prueba:

Hemos tomado una muestra de 16 Servicios de los 19 para los que se lleva control estadístico en la Oficina de Enfermería y hemos analizado las consultas ambulatorias del día 5/2/87 que resultan ser 245. De ellas, 132 habían pasado a Facturación, 97 quedaban en Admisión porque no eran facturables según los correspondientes convenios y para las 16 restantes, que no aparecían, obtuvimos explicaciones satisfactorias.

Con los resultados obtenidos en la prueba anterior, no podemos afirmar que el Servicio de Admisión no informa al de Facturación de la totalidad de las actuaciones ambulatorias facturables, pero creemos necesario establecer un sistema efectivo de control de estas actuaciones, al menos en cuanto a los puntos siguientes:

Recomendación, (3):

Las hojas de consultas deben estar prenumeradas, de forma que en todo momento se pueda conocer el nº de éstas.

Se debe definir una normativa que especifique claramente a qué actos médicos ambulatorios se puede definir como "consulta" y cuáles no lo son. Desde la Planta se debe informar a Admisión de forma exhaustiva de todas las consultas programadas y de su naturaleza, en cuanto tengan relación con la factura.

Se deben realizar cotejos diarios entre las consultas controladas por Admisión y las atendidas en la totalidad de las consultas.

Las copias de las hojas de consulta que Admisión envía a Facturación deben ir acompañadas de la copia del cotejo realizado en aquella Unidad en el que se especifiquen su número y características, y de la justificación correspondiente, en el caso de que falten algunas de ellas.

Normalmente, en el precio de una consulta están incluidos cuantos actos médicos sean necesarios para el diagnóstico, salvo en pacientes del ejército, accidentes laborales y particulares.

En el caso de pacientes del ejército y accidentes laborales, si se necesitan pruebas específicas, el médico hace un volante que es sellado en admisión, donde se obtiene una fotocopia, o bien se anota, en el caso de accidentes laborales.

Posteriormente, no existe un cotejo de dichos volantes con los actos médicos realizados por los servicios en estos pacientes. Dicho cotejo sí es realizado en el caso de particulares, en el departamento de tesorería, ya que estos pacientes pagan previamente en caja.

Recomendación, (4): Este punto débil del sistema podría subsanarse si los servicios enviaran una relación de los actos médicos realizados a este tipo de pacientes, adjuntando los volantes de los médicos sellados por admisión al Departamento de Facturación.

Objetivo de C.I.: Asegurar que los datos del paciente son correcta y completamente recogidos.

El D.N.I. es imprescindible para la gestión de cobros en Tesorería de Hacienda, pues la aplicación informática de deudores así lo exige; sin embargo, en consultas no se exige, y en ingresados falta en muchos casos.

En urgencias, se da lógicamente prioridad a la atención médica, por lo que se atiende a todos los pacientes aunque no traigan el D.N.I. pero ésta no es razón para que finalmente no se consiga, asegurando así la exactitud de los datos del paciente.

Respecto a este tema, al parecer es frecuente la errónea toma de datos por parte de Admisión. Este defecto influirá sobre los pacientes "particulares", "accidentes laborales" y "accidentes de tráfico", como veremos en el apartado 5 del Informe.

Hemos comprobado el volumen de facturas impagadas por ser el usuario desconocido en el domicilio proporcionado por éste, resultando que, en el caso de pacientes ingresados, éstas constituyeron más del 7,5 % del total facturado en 1985 a pacientes "particulares" y más del 6,3 % a pacientes configurados como "accidentes de tráfico".

Este porcentaje aumentó en el caso de consultas ambulatorias, para las que hemos constatado la existencia de más de 150 impagados por domicilio erróneo de usuarios "particulares" en 1984, y nos dicen que este hecho sigue la misma tónica en años sucesivos.

En cuanto al dato del nº del D.N.I., necesario para poder incluir las deudas del Hospital en el fichero de deudas de D.F.N., el Servicio de Tesorería ha realizado un estudio del volumen de facturas en los que no consta este dato, resultando para los pacientes ingresados en 1985 lo siguiente:

Usuarios	% Facturas sin D.N.I.	% Importe Fras. sin D.N.I.
Particulares	35,95	25,43
Accidente Laboral	14,00	7,53
Accidente Tráfico	33,41	39,95
TOTAL	34,08	31,99

% establecido sobre las Resultados de 1985

Recomendación, (5): Recomendamos que de común acuerdo entre los usuarios de la información (Tesorería, Facturación, etc.) y la jefatura de Admisión, se estudien los datos que es necesario obtener para cada usuario para evitar el problema del impago por este motivo.

Objetivo de C.I.: Que sea aplicado a cada paciente el código de usuario que le corresponde.

El código de usuario se fija en la Unidad de Admisión, donde se exige la presentación de documentación (volante de Insalud, volante de beneficencia, etc.).

Sin embargo, hemos detectado un punto débil en el sistema en el caso de que una persona dé el nombre de un funcionario o simplemente diga que es funcionario. Recordemos que no se exige la presentación del D.N.I.

Tal usuario integraría los roldes enviados a la Dirección de Personal de Diputación, donde no nos consta se contrasten.



Dentro del Hospital, una vez que a un usuario se le ha dado el código de funcionario, no se vuelve a contrastar y el sistema no lo detecta.

Prueba Realizada: Con el objeto de verificar este punto, hemos tomado una muestra de 30 consultas ambulatorias del mes de diciembre de 1986 y, por su mayor importancia económica, la totalidad de los ingresos del mismo mes para los pacientes llamados F, G, H, I, es decir Funcionarios Diputación, Uso Especial y Normal y Funcionarios Municipales, Uso Especial y Normal.

La facturación durante el mes de diciembre de 1986 para estos códigos, por Ingresos, es la siguiente:



<u>Tipo Funcionario</u>	<u>Número Personas</u>	<u>Días Estancia</u>	<u>Importe Facturado</u>
F	60	628	8.955.425
G	7	43	563.300
A	46	436	6.290.064
I	--	--	---
	<u>113</u>	<u>1.107</u>	<u>15.808.789</u>

De los 113 usuarios muestreados los resultados son satisfactorios, ya que, o bien están incluidos en los listados de funcionarios, o, en su defecto (ya que dichos listados no están actualizados), en los archivos informáticos.

De los 30 pacientes muestreados de consultas ambulatorio, hemos encontrado solamente un caso en el que no aparece como funcionario.

Independientemente del resultado de la prueba que, como vemos, es bastante satisfactorio, hay que tener en cuenta que la misma no detectaría el caso de que el usuario diera el nombre de un funcionario, por lo que insistimos en la **Recomendación nº 4** de exigencia del carnet de identidad en Admisión, y la comprobación de los datos del mismo en la pantalla del ordenador, hecho éste que evitaría la existencia de un punto débil y la posibilidad de errores en la facturación de funcionarios.

Este punto también podría obviarse si la Diputación proporcionara a cada funcionario una cartilla de asistencia, en la que además del funcionario figuraran los beneficiarios. Esta cartilla ha sido requerida a la Diputación en repetidas ocasiones por el Hospital.

Objetivo de C.I.: Asegurar que la información sobre hechos facturables llega a Facturación desde Admisión.

Las "hojas de urgencias" pasadas a Admisión para su posterior pase a Facturación no van acompañadas (excepto en ingresados de el Insalud) de una relación que haga comprobable que se reciben todas las enviadas, por lo que no sería detectado el extravío o sustracción de alguna de ellas hasta llegar a facturación.

Para verificar este punto: Hemos tomado del libro de entradas de Urgencias, todos los números de hojas de urgencias de los días 1 y 2 de Noviembre de 1985 y una pequeña muestra del resto del mes, anotando el nombre para cada 10, y el tipo de usuario y si ha sido ingresado o ambulatorio para todos.

Al ir a comprobar la existencia de esas hojas de urgencias en Facturación, hemos constatado que éstas estaban ar-

chivadas por su número de urgencias sólo para los usuarios accidente de trabajo, de tráfico y particulares; para cada mutua y ejército se archivan aparte por meses; los correspondientes a empleados de D.F.N y Ayuntamientos se archivan en cajas sin un orden determinado, y las del Insalud se tiran unas vez tecleada cada hoja. Esto en el caso de urgencias ambulatorias, pues para los ingresados cada hoja está metida en su expediente.

Por ello, hemos comprobado la existencia de hoja de urgencias de los usuarios para los que ésta se archiva. Para el resto, hemos tomado una submuestra de la primera muestra, anotado nombre y dos apellidos, y hemos revisado en el ordenador si habían sido facturados por el Servicio realizado en urgencias el día elegido, ya que si han sido facturados quiere decir que la hoja de urgencias ha llegado a Facturación.

En conclusión, de los 36 pacientes muestreados hemos encontrado uno que no ha sido facturado por lo que se puede suponer que se ha extraviado la hoja de urgencias.

Esta deficiencia de control interno quedaría cubierta, en nuestra opinión, con la **Recomendación nº 2.**

4.2 - UNIDAD DE ADMINISTRACION PERIFERICA

Objetivo de C.I.:

- Los administrativos de plantas tienen disponibles los datos de estancias y otros hechos facturables.
- Existen los controles necesarios que aseguren que todos los actos médicos y estancias son incluidos en la

factura realizada en plantas, que es enviada posteriormente a Facturación.

Normalmente, la facturación de los ingresados, está establecida por los convenios, se realice en base a los días de estancia en el Hospital, independientemente de las pruebas o actos médicos que se le realicen al paciente.

No obstante esta afirmación general, para determinados tipos de usuarios se facturan también actos médicos concretos.

La facturación de los ingresados está descentralizada en las plantas, donde la administrativa introduce los datos facturables a cada tipo de cliente en el ordenador a partir de la "gráfica de evolución" que se recoge en la "historia clínica" del paciente.

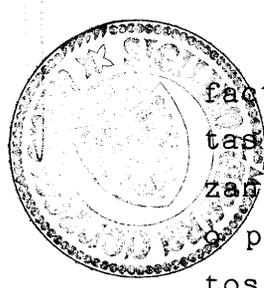
En general, la problemática de la facturación llamada periférica es la carencia de controles posteriores, es decir, un error en la interpretación de un tipo de cliente o en los actos médicos realizados en un determinado paciente, no sería detectado posteriormente por el sistema.

Recomendación, (6): En general, esta deficiencia del sistema de facturación periférica podría subsanarse con un control posterior, independiente, que podría ser realizado en el Departamento de Facturación.

Por otra parte, en la facturación periférica influye demasiado la improvisación y la personal forma de trabajar de las administrativas de planta. Estas, en la mayoría de los casos, facturan entresacando de los informes incluidos en la historia clínica los datos relativos a servicios facturables, pero la documentación incluida en la historia clí-

nica, cuyo principal objetivo no es el de servir de base para facturar, es farragosa, y, en ocasiones, en la fecha de la facturación, falta algún informe médico, o bien falta la propia historia clínica por estar siendo utilizada por otros servicios.

Por lo tanto, creemos necesario modificar el sistema de facturación desde Planta, de forma que la administrativa no tenga que deducir de la historia clínica las actuaciones facturables, sino que sean los propios servicios que las realizan quienes diariamente le envíen la información expresa de estas actuaciones, con objeto de que la persona que factura conozca directamente los servicios a imputar y disponga de la documentación necesaria para poder hacerlo en el momento adecuado.



Independientemente de esta problemática general de la facturación de administración periférica, existen unas plantas que nosotros hemos denominado "especiales" porque realizan servicios o actos médicos para el resto de las plantas, o porque se atiende directamente a pacientes con tratamientos específicos independientemente de que estén ingresados o no y que plantean una problemática específica en cuanto a facturación.

HEMODIALISIS

La factuación de hemodiálisis se realiza en la Unidad de Facturación, a partir de la relación de sesiones realizadas que le envía la administrativa de esta planta.

Este hecho plantea una deficiencia de control interno, en el sentido de que un error u omisión en la confección de tal relación no sería detectada por el sistema ya que no existen controles posteriores.

Prueba realizada: Hemos tomado como muestra los enfermos del mes de diciembre de 1986; en este mes asistían 25 enfermos crónicos y 2 enfermos agudos a las sesiones de hemodiálisis, para todos ellos hemos verificado el número de sesiones facturadas con las que constan como realizadas en dicha planta.

Hemos constatado que todos ellos están facturados según su código de usuario, no encontrando ninguna excepción en este sentido.

Recomendación, (7): No obstante, estimamos que, independientemente de los resultados de la prueba, podría implantarse un control en la Unidad de Facturación, que podría cotejar la información recibida de la administrativa con una relación periódica de hemodiálisis realizados en dicha Unidad, lo que evitaría posibles errores.

T.A.C. O SCANERS

La unidad de TAC realiza actos médicos para las diferentes plantas, en el caso de ingresados y a pacientes ambulatorios.

La administrativa de esta planta envía diariamente una relación de los TAC realizados a los pacientes, a las plantas donde están ingresados y a Admisión en caso de ambulatorios.

La facturación de ingresados se realiza por los administrativos de cada planta, y para los ambulatorios por el Departamento de Facturación, al que le remite las relaciones de TAC la Unidad de Admisión.

Un posible error u omisión de la administrativa de TAC, no sería detectado por el sistema.

Prueba realizada: Hemos hecho una selección de TAC realizados los días 3, 5, 6 y 10 de Diciembre de 1986, tomando los datos del libro de control de los facultativos encargados de realizar este servicio, para revisar si la realización de éstos ha sido comunicada a las personas encargadas de facturarlos.

El procedimiento que se sigue para ello es la confección, por parte de la administrativa del Servicio de Radiodiagnóstico, de una relación que suele ser diaria (a veces cada 8 - 4 días) de TAC realizados a pacientes ingresados, separados por servicios médicos. De esta relación, se sacan fotocopias, que son las que se envían a los servicios afectados para su facturación por la administrativa de cada uno de ellos.

En el caso de TAC realizados en régimen ambulatorio, para su facturación, se procede de la forma general de toda consulta o servicio ambulatorio, es decir, es el servicio de Facturación el encargado de hacerlo, en base a la copia blanca de la hoja de consulta que se queda en el Servicio de Admisión cuando el paciente solicita la realización del TAC. En este caso, existe la particularidad de que desde el Servicio se envían a Admisión las copias rosa y las hojas de consultas, para que éste contraste con las copias blancas que tiene.

Hemos comprobado que todos los TAC realizados a los pacientes ingresados de la muestra se hallan recogidos en la relación de TAC que la administrativa envía a los Servicios afectados (en la copia que se archiva en el Servicio de TAC), pero no hemos podido comprobar que esta relación ha



llegado a los Servicios, ya que éstos, tras tomar nota en el expediente del paciente, la destruyen.

Hemos centrado pues la prueba en verificar si los TACS han sido efectivamente facturados.

La muestra tomada ha sido de 50 TACS que correspondían a 42 pacientes, 20 ambulatorios y 22 ingresados, encontrando 7 TACS que no habían sido facturados.

Recomendación, (8): Este punto podría ser subsanado si facturación dispusiera periódicamente de la relación de TAC realizados por la Unidad, y se comprobaran con los facturados por la administración periférica.

De esta forma se subsanarían posibles errores, tanto de la administración TAC, como de los administrativos de facturación periférica.

ONCOLOGIA (QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, ETC.)

Según los diferentes convenios para los distintos tipos de usuarios, la facturación de los servicios de esta unidad se realiza por sesión, o bien, en otros casos, al coste de esta sesión se le añaden los medicamentos suministrados al paciente.

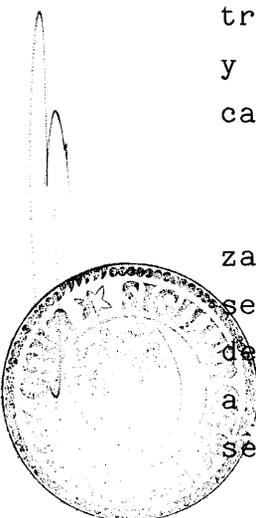
La facturación de ingresados la realiza la administrativa de la planta y no existen comprobaciones posteriores de la misma.

Es decir, un error u omisión en el tecleo de los datos en el ordenador originaría un error no detectable por el sistema.

En el caso de los tratamientos ambulatorios, la administrativa de planta confecciona una relación mensual que envía a facturación y en esta unidad se factura.

Un error en dicha relación no sería detectado tampoco por el sistema, ya que no hay comprobaciones posteriores.

Con objeto de verificar si las sesiones de cobaltoterapia y quimioterapia, realizadas a pacientes ambulatorios, son comunicadas correcta y completamente a facturación, y si las mismas son facturadas realmente, hemos tomado una muestra de los libros de sesiones de cobalto y quimioterapia -10 y 9 respectivamente- anotando el número de sesiones y medicación aplicados a cada uno.



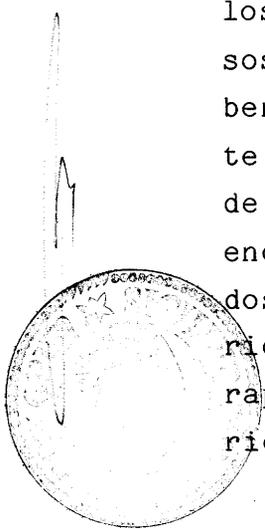
Con respecto a radioterapia, las sesiones que se realizan son mínimas, y, en este caso, no se recogen en libro de sesiones, sino que son comunicadas directamente al Director de Administración Periférica, quien mensualmente lo comunica a facturación, por lo que la nueva información derivada de sesiones de radio quedaría en la Historia clínica.

Debido a este hecho, no hemos revisado los tratamientos de radioterapia.

El procedimiento de envío de información es distinto en cobalto y quimio. En el primero, la administrativa diariamente hace una relación de los pacientes que han recibido sesión y que la enfermera anotó en el libro dietario, y la envía al equipo de administración periférica para su tratamiento informático. Estos van anotando cada sesión en una hoja individual, que, mensualmente, envían a Facturación.

En quimioterapia, la ATS que anota las sesiones en el libro dietario, lleva éstas y los gastos de medicación en fichas individualizadas, y mensualmente envía estos datos a

Facturación en hojas individuales. Recibidas estas hojas mensuales, en Facturación se encargan de valorar las sesiones y medicación y facturar. Una vez facturado, las hojas de gastos se archivan, excepto las del Insalud, que se envían junto con la factura.



En la investigación realizada, hemos encontrado que las sesiones de cobalto muestreadas, bien han sido correctamente facturados, o bien su hoja de gastos se encuentra en facturación pendiente de serlo (hemos revisado la facturación en el listado -factura de diciembre- y en la pantalla). Para los tratamientos de quimioterapia hemos encontrado tres casos de pacientes a los que no se les ha facturado por no haber recibido en facturación la hoja de gastos correspondiente. Además, hemos detectado la no comunicación a facturación de una de las sesiones efectuadas en el mes muestreado. El encargado nos comunica que este tipo de errores son subsanados al mes siguiente. Creemos necesario que exista un criterio estricto de imputación de los tratamientos de quimioterapia según meses o según ciclos, con objeto de evitar el riesgo de que un tratamiento quede sin facturar.

Por último, hemos observado que la comunicación de los gastos de los tratamientos de quimio a Facturación no es todo lo clara y exacta que sería deseable, dando lugar a malentendidos y errores a la hora de facturar.

Recomendación, (9): Al igual que sucede en general con la administración periférica, el problema es la ausencia de controles realizados por terceras personas que eviten los errores u omisiones.

En este caso, si el Departamento de Facturación dispusiera de una relación de actos médicos realizados y medicamentos suministrados a los pacientes, confeccionada por el

personal de enfermería, podría contrastar dicha información con las relaciones recibidas de la administrativa, en el caso de pacientes ambulatorios, o con la facturación realizada para el caso de los pacientes ingresados.

REHABILITACION

La facturación de esta unidad se realiza en Facturación a partir de unas relaciones mensuales enviadas por la administrativa de la Unidad de Rehabilitación.

Dichas relaciones no son objeto de comprobación por lo que cualquier error u omisión pasarán inadvertidos.

Al igual que ocurre, en general, con la administración periférica, el problema es la carencia de una comprobación por el Departamento de Facturación.

Prueba realizada: Hemos tomado una muestra de actos médicos realizados por la Unidad de Rehabilitación para el mes de diciembre de 1986, y hemos comprobado que aparecen facturados.

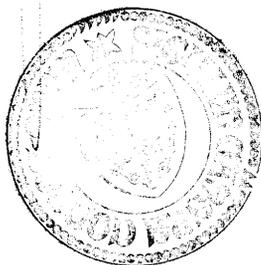
Recomendación, (10): No obstante, este punto podría solucionarse si facturación dispusiera de información del personal médico de los actos médicos realizados en Rehabilitación que podría cotejarse con las relaciones recibidas de la administrativa de la Unidad.



4.3 - UNIDAD DE FACTURACION

Objetivos de C.I.:

- Se facturan todas las estancias y consultas ambulatorias.
- En la factura se incluyen la totalidad de actos médicos facturables.
- Toda la información necesaria para facturar llega al Departamento.
- La facturación es acorde con los convenios en cuanto a precios y actos facturables.



Ingresados:

En el momento del ingreso, la Unidad de Admisión envía, en un sobre, a Facturación una copia de la Hoja de Admisión y la hoja de Urgencias junto con el volante del Insalud, o de beneficencia, en su caso. Este envío es diario. Dicho sobre lleva una etiqueta autoadhesiva en el exterior con los datos del paciente y nº de caso.

Estos sobres de ingresados se anotan en un libro de entradas, ordenado por nº de caso correlativo, anotando nombre del paciente y código de usuario.

Los sobres se archivan y se mantienen allí, en la Unidad de Facturación, hasta que se reciba la comunicación de alta, introduciendo en ellos toda la documentación que va llegando del paciente: facturas parciales de Administración Periférica, comunicaciones de traslados, partes de compañías de seguros, diligencias de juzgados, etc.

Diariamente, Facturación recibe, asimismo, un listado con las altas habidas en el día. Entonces, se separan los sobres respectivos a espera de la última factura. Estos sobres, de pacientes dados de alta, se revisan 2 ó 3 veces al año exigiéndose facturas a la planta.

Prueba realizada: Hemos comprobado, en fecha 21/1/87, la antigüedad de los expedientes de pacientes para los que, habiéndose producido el alta, todavía no se ha recibido en Facturación la factura que debe ser tecleada en la pantalla por el servicio donde estuvo.

El número de expedientes pendientes a dicha fecha eran de 45 que correspondían a ingresos de 1986, y los resultados son los siguientes:

- Menos de un mes 26
- Más de un mes 9
- Más de tres meses ... 5
- Más de 6 meses 3
- Más de un año 2

Recomendación, (11): El nº de expedientes antiguos no es muy numeroso, sin embargo, recomendamos se realicen comprobaciones de los expedientes pendientes de facturar más frecuentemente y se investiguen las causas que determinan estos retrasos para solucionarlas, evitando queden sobres antiguos en Facturación.

Prueba realizada: Para comprobar la facturación de las altas médicas de ingresados, hemos tomado como muestra las altas producidas en los días 3, 4, 5, 6, 7 y 8 de Noviembre de 1986, a partir del listado diario de altas, y hemos com-

probado con el listado general de facturación que todas ellas aparecen facturadas, no encontrando ninguna excepción.

La mayor parte de los convenios establecen los precios en base a las estancias, independientemente de los actos médicos concretos realizados.

El ordenador calcula el nº de estancias según la fecha de ingreso y alta, y ambas fechas son introducidas por la administrativa de planta.

En el Departamento de Facturación nos dicen que comprueban las estancias facturadas con las fechas de ingreso y alta proporcionadas por Admisión en el sobre que va a Facturación.



Prueba realizada: Hemos tomado una muestra de 20 enfermos ingresados para cerciorarnos de que el número de estancias facturadas coincide con los datos proporcionados por Admisión en el sobre que envía a la Unidad de Facturación.

En todos los casos el número de estancias facturado coincide con la información de Admisión.

Recomendación, (12): Recomendamos, dada la importancia que para Facturación tiene el número de estancias, que la revisión efectuada en este Departamento se efectúe con todo rigor, dejando constancia en el sobre del paciente, mediante una firma o visé, la constatación de que dicha revisión ha sido efectuada.

Con respecto a los hechos facturables no incluidos en estancias para determinados convenios, ya vimos -apartado de facturación periférica- que el problema es la carencia de

una verificación posterior, en el Departamento de Facturación, de la bondad de los datos incluidos en la factura por Administración Periférica, con información facilitada por las unidades médicas de los actos médicos realizados a un determinado cliente.

Pero, además, dicha Administración Periférica factura también determinados actos médicos a través de la historia clínica, sin que dicha facturación sea revisada posteriormente en la Unidad de Facturación, por lo que un error no sería detectado.

Estos casos son:

Gammagrafías, hemodinámica, leucoferosis, plasmaferosis, microscopía electrónica diagnóstica, cateterismos e intervenciones quirúrgicas.



Prueba realizada: En el caso de intervención quirúrgica en la que se implantan prótesis, los quirófanos envían una copia del parte de quirófano a Facturación, indicando las prótesis implantadas.

Estos partes son una hoja para cada intervención realizada, en la que debe estar la etiqueta autoadhesiva con los datos del paciente, la fecha y hora de intervención, el personal médico que ha actuado, el tipo de operación y el nº y tipo de prótesis implantadas.

El administrativo de quirófano codifica cada prótesis (código ya definido en aprovisionamientos) y lo valora según un listado de precios, ordenado por proveedores y precios.

Las hojas de quirófano se archivan en la oficina de la Unidad por orden alfabético en dos grupos, según si se han implantado o no prótesis.

Aquellas en las que constan prótesis, se fotocopian y se llevan diariamente por el administrativo a Facturación para su distribución en plantas.

Hemos revisado los partes de Quirófano (Central y de Urgencias) de la primera semana de Diciembre de 1986.

De los partes revisados, hemos tomado como muestra los relativos a intervenciones con prótesis de los servicios de "Traumatología y Cirugía Ortopédica" y de "Neurocirugía". Hemos comprobado en estos servicios si les había llegado la copia de los partes. El procedimiento de archivo de éstos es introducir la hoja de quirófano en el expediente del paciente y, una vez facturado por la administrativa de planta, introducir ésta en la historia clínica, que se archiva en el Archivo Central de historias clínicas.



De las 15 intervenciones quirúrgicas muestreadas, hemos encontrado 7 en las que la copia de las hojas de quirófano no estaba archivada en el expediente (lo que quiere decir que no le ha llegado a la administrativa de planta), aunque hemos comprobado que las prótesis no se han facturado en dos casos, cuyo importe es muy pequeño. Esto es debido a que, cuando de la historia clínica la administrativa deduce que se le han implantado prótesis y no ha recibido la hoja de quirófano, llama por teléfono al administrativo de quirófano para preguntar por el precio y de esta manera factura.

Recomendación, (13): Esta recomendación en realidad es la misma que la aplicada en Administración Periférica, en el sentido de que estas Unidades envíen a facturación la información de los actos médicos realizados a Facturación para efectuar la comprobación de la facturación realizada en dicha Administración Periférica, y que, en el caso de las prótesis, quede copia en Facturación de la hoja de quirófano para su posterior revisión.

FACTURACION EJERCITO: La facturación a este colectivo tiene una serie de especificidades, como son: factura global mensual y cálculo diferente de estancias, lo que hace necesaria la realización de una facturación mensual manual directamente en la Unidad de Facturación, paralela a la facturación por ordenador que se realiza al igual que para el resto de usuarios.

Prueba realizada: Hemos realizado la comparación para 1986, entre las cantidades facturadas al Ejército por el Servicio de Facturación y las originariamente cargadas por las secretarías de los servicios médicos respectivos, encontrando que no hay significativas diferencias a nivel anual entre ellas, aunque sí las hay en los datos mensuales. Estas diferencias son debidas al distinto sistema que se utiliza para la facturación a este usuario con relación al resto, debido a las causas antes citadas.

ASILADOS: La facturación de este colectivo, que paga el 75 % de sus pensiones, se realiza directamente por la secretaria de Geriátrica, sin que en Facturación se realicen comprobaciones.

Prueba realizada: Hemos revisado la facturación de este colectivo en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre 1986, y no hemos encontrado excepciones.

A partir de Enero de 1987 ya no se atiende a estos pacientes al hacerse cargo de los mismos otra institución del Gobierno de Navarra.

BENEFICENCIA MUNICIPAL: El 20 % del costo de los usuarios incluidos como de Beneficencia Municipal se carga a los



Ayuntamientos respectivos según el número de estancias, en la Unidad de Facturación.

Las relaciones de cargos a los Ayuntamientos se realiza posteriormente en la cuenta de Repartimientos.

Prueba realizada: De entre los Ayuntamientos facturados por beneficencia municipal, hemos tomado una muestra de 7, que suman el 20,32 % de la facturación total por este concepto, verificando para todos ellos que el importe facturado se corresponde con el importe correspondiente al número de estancias imputadas a los enfermos.

Para esta verificación hemos trabajado con un conjunto de fichas individuales proporcionadas por Facturación como correspondiente a lo facturado en el año.

Quando se manda la factura al Ayuntamiento, éste la revisa y rápidamente da a conocer sus discrepancias para que no se le cargue en su cuenta de Repartimientos una cantidad con la que no está de acuerdo; podemos suponer que los pacientes sobre los que no han presentado objeciones están incluidos como beneficiarios de este Ayuntamiento, por lo que la búsqueda de un documento confirmatorio de Ayuntamiento en cada expediente se hace innecesaria.

A pesar de los requerimientos del Hospital, no se dispone de listas actualizadas de beneficiarios de todos los Ayuntamientos de Navarra.

4.4 - UNIDAD DE TESORERIA

Objetivos del control interno:

- Se hacen las gestiones oportunas de cobro.
- Se registran adecuadamente los cobros.
- Todo cobro o devolución queda reflejado en el libro de caja o en la quincena de bancos.

En la Unidad de Tesorería, se gestionan los cobros por caja, se desglosan y cargan en los registros informáticos los cobros por bancos de la facturación del ejercicio en curso, se reclama y gestiona el cobro de las deudas devengadas en el ejercicio anterior, "Resultas", enviando las que resulten impagadas al final del año a la Hacienda para el inicio de la vía de apremio y, por último, se cobran incluso algunas de estas deudas, ya en vía de apremio, anulándolas en la Agencia Ejecutiva.

Hemos analizado los procedimientos administrativos de este área, es decir el control interno, no detectando en este caso debilidades del sistema a excepción de la caja de la Unidad Materno - Infantil, como veremos. No obstante, hemos realizado una serie de pruebas para asegurarnos de los objetivos relacionados previamente, cuyos resultados comentamos a continuación:

4.4.1.- COBROS POR CAJA

Comprobamos la correspondencia entre las consultas realmente efectuadas a particulares y las cobradas en Caja, revisando las anotaciones del libro auxiliar de caja para

los días impares del mes de marzo/86, verificando tal identidad.

Cotejamos igualmente la prenumeración de los recibos de caja, para todos los extendidos en el mes de marzo/86, comprobando que no falta ninguno.

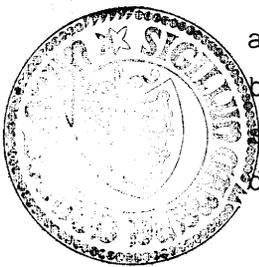
Verificamos que, para el mes de marzo de 1.986, hay correspondencia entre las radiografías y TAC realizados ese mes a particulares ambulatorios y lo anotado en el libro de caja, sin que encontremos excepciones.

Para los días impares de marzo, cotejamos los soportes documentales de las devoluciones de Caja, sin encontrar anomalías.

Mediante cotejo entre las anotaciones diarias del libro auxiliar de caja en el mes de marzo, los asientos en el libro de caja para dicho mes y el examen de las cartas de pago selladas por el banco de ese mismo período, nos aseguramos de la identidad de los importes en tales registros.

En vista de todo lo anterior, concluimos que los procedimientos de control interno posibilitan razonablemente que todo acto médico realizado a particulares, a excepción de urgencias -que no se gestionan en Tesorería-, es cobrado en Caja, anotado en el libro de caja, se comunica adecuadamente a Contabilidad y es, efectivamente, ingresado en una entidad financiera a nombre de la Hacienda Foral.

Como excepción a la conclusión anterior, debe señalarse la existencia de una segunda Caja en la Unidad Materno-Infantil, si bien es intención del Hospital abandonar esta práctica, haciendo que las consultas particulares de Materno-Infantil sigan el procedimiento ordinario.



Recomendación, (14): Debemos recomendar que este cambio se realice efectivamente, ya que esta práctica constituye un punto débil dado que, desde el punto de vista del control interno, hay que evitar que sea una misma persona la que prepare y extienda los recibos de los hechos facturables, los cobre y los registre.

4.4.2 - COBROS POR BANCOS

El sistema seguido, basado en la duplicación de procesos por personas distintas, como ya vimos en la descripción del sistema, asegura razonablemente la identidad entre la cantidad real ingresada en cada quincena y las cartas de pago correspondientes, así como la correcta imputación del cobro a cada deudor. Puntos que intensifican este control serían las posteriores reclamaciones de pago que se producirían de no haberse imputado el cobro correctamente.

Concluimos pues como razonable la afirmación de que se imputan correctamente todos los cobros al correspondiente deudor.

Recomendación, (15): Recomendamos se estudie la posibilidad de que la aplicación informática usada vaya acumulando los importes de las facturas que se van tecleando, arrojando un total que, por comparación con el total del desglose individual manual de la quincena, detectaría inmediatamente un baile de números, error que ahora puede no ser detectado hasta el final del ejercicio.

4.4.3.- CONTROL, GESTION Y COBROS DE RESULTAS

Respecto al cobro, estimamos razonable la conclusión de que el sistema, en tanto se siga cotejando el total de Resultas anotadas como cobradas por los distintos gestores con

las anuladas por cobro en la aplicación informática desde Caja, evidencia cualquier error u omisión.

Estudiamos las anulaciones de Resultas realizadas desde Facturación. Para ello, tomamos al azar facturas anotadas como anuladas por los gestores de Tesorería, verificando así un 41 % del total de anulaciones de Resultas ordenadas por Facturación. De tal muestreo concluimos que, efectivamente, todas las anulaciones han sido ordenadas por Facturación. Para todos los usuarios, salvo Insalud y Ejército, las anulaciones se producen por cambio del código de usuario y, en su caso, de responsable de pago. En todos estos casos, tras anularse la factura, los hechos facturables que se producen, generan una nueva factura con los cambios pertinentes.

La única anulación del usuario "Ejército" no es tal, sino la corrección de un baile de números anterior. Las anulaciones de Insalud corresponden a discrepancias sobre la facturación de la propia S.S. que las descuenta en el pago de meses posteriores.

El sistema, basado también en la duplicidad de procedimientos, detectaría hipotéticos errores u omisiones.

4.4.4 - REDUCCION DE TARIFAS 100 %

La división de personas en el procedimiento administrativo y el informe preceptivo de Asistencia Social parecen excluir la arbitrariedad de estas deducciones.

Para obtener evidencia sobre la cantidad de Resultas anuladas bajo este epígrafe, 1'170 millones en noviembre/86, cotejamos una muestra que representa el 75 % del citado importe, constatando que la totalidad de las reducciones están soportadas documentalmente, queda justificada la carencia de

medios económicos del peticionario, salvo el caso de una extranjera transeúnte, y, en todo caso, se adjunta informe favorable de las Asistentes Sociales, salvo uno, que aporta un certificado de Cáritas. Al conceder gerencia la reducción, se comunica, en su caso, al Ayuntamiento correspondiente su obligación de incluir al peticionario en el censo de Beneficencia Municipal.

4.4.5 - REMISION DE RESULTAS A LA AGENCIA EJECUTIVA

El estudio pormenorizado del sistema nos lleva a concluir que, se puede afirmar razonablemente la bondad de los importes señalados como pendientes de pago para su envío a la Agencia Ejecutiva, y la razonable seguridad de que esos mismos importes se comunicarán íntegramente a la Hacienda Foral.

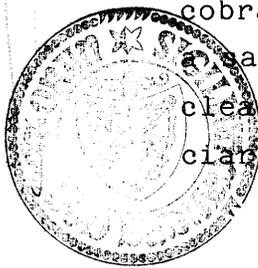
Como prueba adicional, comprobamos que las hojas individuales de Resultas impagadas preparadas para su envío a la Agencia Ejecutiva, para "Accidentes de Trabajo Ambulatorio", arrojan una suma igual a la que, en los listados de los gestores, señala el saldo de facturas pendientes, resultando tal cotejo satisfactorio.

4.4.6 - ANULACIONES DE DEUDORES QUE ESTAN YA EN LA AGENCIA EJECUTIVA.-

Como prueba de este punto, relacionamos las facturas de años anteriores al 85, anotadas como cobradas en el libro auxiliar de caja, y las cotejamos con las hojas de envío a la Agencia Ejecutiva. Obtenemos así evidencia de que todos los cobros comunicados a la Agencia Ejecutiva para su anulación y, viceversa, que todas las hojas de anulación por cobro en Caja, obedecen a cobros reales. Concluimos que no se

han enviado anulaciones por cobro en Caja que no estén soportadas por un cobro realmente ingresado.

Control adicional sobre toda la gestión de Resultas es el hecho constatado de que, a final de año, se hace un cuadro por usuario: importe inicial de Resultas, menos Resultas cobradas, menos Resultas anuladas, menos reducciones, igual saldo final de Resultas, que se cotejan con los datos teclados en pantalla por persona distinta, lo que evidenciaría cualquier error u omisión.



5 - FACTURACION DE 1985 Y GESTION DE COBROS

En el siguiente cuadro, hemos relacionado la facturación del ejercicio 85 por los diferentes usuarios, así como la cifra de Resultas del ejercicio; las siguientes columnas nos permiten seguir la evolución de la gestión de cobros durante el ejercicio 86, las anulaciones y el paso a la Agencia Ejecutiva de los derechos no cobrados al final del ejercicio 86.

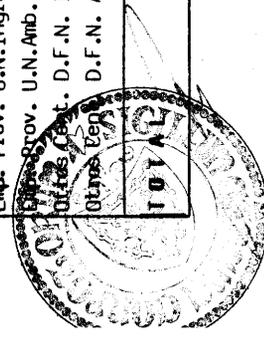
No relacionamos los conceptos de facturación y cobro de

- Alimentos no cocinados 49.817 pesetas
- Alquiler locales 417.871 "
- Otros deudores 2.118.718 "



ser irrelevantes para nuestro estudio, por lo que las cifras totales no coincidirán en dichos importes con el total facturado por el Hospital.

CONCEPTO	FACTURADO AÑO 85 (NETO)	% SOBRE TOTAL FACTURADO	IMPORTE RESULTAS 1985	% RTAS. SOBRE FACTURADO	% RTAS. SOBRE RESULTAS	COBROS DURANTE 86 RESULTAS	% COBRO SOBRE RESULTAS	RESULTAS ANULADAS 1986	% ANULADO SOBRE ANULADO	% ANULADO SOBRE RESULTAS	SALDO RESULTAS AL 15/11	% PASE A.E. SOBRE TOTAL FACTURADO	% PASE A.E. SOBRE TOTAL RESULTAS	REDUCCION. BENEFIC.
Particulares Ingresados	80.434.024	3,71	66.656.383	82,88	11,02	12.176.863	18,27	11.685.653	22,55	17,50	42.793.867	53,037	64,20	1.170.540
Particulares Ambulatorio	44.394.063	2,05	13.436.259	30,27	2,22	3.048.200	22,69	430.666	0,83	3,20	9.957.393	22,429	74,10	
Acctes.Irab.Ingresados	16.094.989	0,75	5.812.376	36,12	0,96	4.706.492	80,98	337.739	0,65	5,70	768.145	4,772	13,20	
Acctes.Irab.Ambulatorios	2.195.610	0,11	834.850	38,03	0,13	578.291	69,27	12.327	0,02	1,40	244.232	11,123	29,20	
Acctes.Iráfico Ingresados	91.787.339	4,23	72.779.182	79,30	12,03	30.757.846	42,27	8.660.577	16,72	11,80	33.360.759	36,345	45,80	
Acctes. Iráfico Ambulat.	25.675.761	1,19	15.360.396	59,83	2,54	6.496.738	42,30	460.532	0,89	2,90	8.403.126	32,728	54,70	
Ent.con concierto Ingres.	1.034.670	0,05	272.160	26,31	0,04	272.160	100,00	--	--	--	--	--	--	
Ent.con concierto Ambulat	286.025	0,02	45.781	16,01	0,01	18.008	39,34	27.773	0,05	60,--	--	--	--	
Lagunaro Ingresados	5.550.490	0,26	2.649.803	48,18	0,44	2.222.520	83,88	--	--	--	427.283	7,768	16,10	
Lagunaro Ambulatorios	3.793.101	0,18	2.947.820	77,72	0,49	2.724.259	92,42	--	--	--	223.561	5,894	7,60	
Unión Previsora Ingresad.	2.372.221	0,11	1.235.249	52,08	0,20	1.235.249	100,00	--	--	--	--	--	--	
Unión Previsora Ambulat.	1.128.123	0,06	310.198	27,50	0,05	303.446	97,83	--	--	--	6.752	0,598	2,20	
Ejército Ingresados	9.713.426	0,45	7.066.500	72,75	1,17	7.066.500	100,00	--	--	--	--	--	--	
Ejército Ambulatorios	2.649.188	0,13	2.111.448	79,71	0,35	2.016.423	95,50	72.000	0,13	3,40	23.025	0,869	1,--	
Insalud Ingresados	985.256.295	45,33	261.588.795	26,56	43,25	260.492.205	99,59	1.000.270	1,93	0,30	96.320	0,009	0,03	
Insalud Ambulatorios	187.230.902	8,61	118.422.012	63,25	19,58	98.207.358	82,93	735.690	1,42	0,60	19.478.964	10,403	16,40	
Otros Ambulatorios	9.094.584	0,42	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Igulat. Médico Ingresad.	19.094.242	0,88	19.094.242	100,--	3,16	--	--	19.094.242	36,85	150,--	--	--	--	
Igulat. Médico Ambulat.	8.817.230	0,41	8.817.230	100,--	1,46	--	--	8.817.230	17,02	150,--	--	--	--	
Acc.Lab. INSS Ingresados	3.503.524	0,17	1.406.973	40,16	0,23	208.695	14,84	478.691	0,92	33,90	717.587	20,539	51,10	
Acc.Lab. INSS Ambulator.	915.773	0,05	853.628	93,22	0,15	800.948	93,83	12.642	0,02	1,40	40.038	4,372	4,70	
Previsasa Ingresados	2.553.285	0,12	2.035.845	79,74	0,34	1.959.405	96,25	--	--	--	76.440	2,993	3,70	
Previsasa Ambulatorios	1.403.200	0,07	1.036.714	73,89	0,18	1.036.714	100,--	--	--	--	--	--	--	
EMP Municip. Ingresados	128.987.922	5,94	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
EMP Municip. Ambulator.	63.628.554	2,93	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Beneficencia Ingresados	53.697.417	2,48	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Beneficencia Ambulator.	23.835	0,01	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Benef.100 % Ingresados	44.047.530	2,03	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Benef.100 % Ambulatorios	31.207.752	1,44	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Emp.Prov. V.E.Ingresados	154.677.681	7,12	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Emp.Prov. V.E.Ambulator.	140.137.599	6,45	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Emp. Prov. U.N.Ingres.	6.432.091	0,30	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Emp. Prov. U.N.Amb.	1.329.870	0,07	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Otros Dep. U.N.Amb.	22.344.034	1,03	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Otros Dep. D.F.N. Ingr.	22.094.800	1,02	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Otros Dep. D.F.N. Ambul.	22.094.800	1,02	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
TOTAL	2.173.595.300	100,00	604.773.844	27,82	100,00	436.328.320	72,14	51.826.032	100,00	8,57	116.617.492	5,36	1.928,00	1.170.540



Como resumen global del cuadro:

- * % facturado (menos facturación Funcionarios y Beneficencia) pasado a Resultas 40,10 %
- * % Resultas cobradas72,17 %
- * % Resultas enviadas a Agencia Ejecutiva23,52 %

-- La facturación a funcionarios y beneficencia asciende a 669 millones, es decir un 30,7 % del total facturado en 1985.

-- Debemos destacar el hecho de que la facturación a la Seguridad Social supone un 54 % sobre el total facturado.

-- Las 19.094.242 pesetas de Igualatorio Médico Ingresados y 8.817.230 de Igualatorio Médico Ambulatorios que constan en la columna de Resultas anuladas, obedecen a un pase a la Agencia Ejecutiva de estas deudas, previo al pase normal que se realiza al final del ejercicio.

-- El resto de las Resultas anuladas se deben básicamente a rectificaciones -cambios en el código de usuarios-, tal y como comentábamos en el epígrafe 3.4.3.

-- Por otra parte, debemos matizar que el saldo de Resultas que pasa a la Agencia Ejecutiva al final del ejercicio, puede no coincidir con el saldo de Resultas al 15/11/86 que es el que consta en el cuadro, ya que hasta el final del ejercicio puede haber modificaciones en estas cifras. Sin embargo, las diferencias que puedan existir serán normalmente muy pequeñas.



Se observa, en el cuadro, los altos saldos (cuantitativa y porcentualmente) de pase a la Agencia Ejecutiva de Resultas, para los usuarios:

- Particulares Ingresados
- Particulares Ambulatorio
- Accidentes Tráfico Ingresados
- Insalud Ambulatorio

- Particulares ingresados: Tal vez la deficiente toma de datos en Admisión provoca este alto nivel de pase a Agencia Ejecutiva, tal como comentábamos en el epígrafe 3.1 en el objetivo de C.I de "Asegurar que los datos del paciente son correcta y completamente recogidos".

Las Resultas están integradas por facturas de urgencias, ya que para las actuaciones normales se exige el pago previo a la realización del acto médico. Son numerosísimas, como se deduce del saldo de 9,9 millones pasados de Agencia Ejecutiva, dado su pequeño importe. Según el Departamento de Tesorería, puede coincidir en el "incobro" una deficiente toma de datos en urgencias, y el hecho, especialmente en urgencias pediátrica, de que todo aquel usuario que no pueda justificar un código de usuario distinto, debe ser codificado de "3" - "Particular", y en muchos casos son transeúntes (vagabundos, etc.). Si bien, al parecer, la única causa de estos saldos es pura y simplemente el impago, como voluntad del usuario de no pagar.

- Accidentes Tráfico Ingresados: Más que impagos, estos saldos se deben a retrasos en el cobro por distintas causas.

* No se toman en Urgencias los datos de las compañías aseguradoras, y debe remitirse la factura al particular y

esperar a que éste, ante las reclamaciones de cobro, se decida a llevar la factura a su seguro.

* Por otra parte, hay muchos siniestros que se encuentran "sub iudice", principalmente aquellos en que la gravedad de las lesiones determine un posible derecho a indemnización a fijar por el juez, ya que, en estos casos, hasta tanto no declare quién es el obligado, la factura no se paga, o bien, una vez dictada declaración judicial, se indemniza únicamente al afectado.

Se han iniciado actuaciones, vía letrados de Diputación, para que el Hospital se persone como parte en los juicios por estos siniestros, si bien de momento esta práctica, según el Departamento de Tesorería, no parece haber dado muchos resultados.

* Por último, las compañías de seguros no pagan hasta tanto no se les comienza a cargar intereses.

* Pueden incidir también posibles dificultades de tesorería de las compañías de seguros.

Entendemos que el Hospital no debe estar supeditado a litigios entre compañías de seguros o entre éstas y los accidentados para cobrar los servicios que preste a éstas.

Para obviar esta dependencia, habría que tratar de establecer para estos casos un procedimiento similar al que utilizan los talleres mecánicos, ésto es, considerar como obligado al pago de los servicios que recibe al propio accidentado, en tanto no se reciba comunicación oficial de compañía de seguros comprometiéndose a hacerse cargo de tales gastos.

- Insalud Ambulatorio: No son, en realidad, facturas impagadas. Insalud y el Hospital discrepan acerca de las tarifas a aplicar a determinadas pruebas especiales "Tratamientos especiales concertados" y "sin concertar".

El Hospital, para estos supuestos, factura a un precio y el Insalud lo paga a un precio inferior. El saldo analizado está pues integrado por diferencias sobre facturación.

Se han enviado a la Agencia Ejecutiva. Entendemos que no es el procedimiento adecuado, ya que los bienes del Insalud son de dominio público y por lo tanto inembargables.

Parece más lógico que Insalud y Hospital traten de llegar a acuerdos para eliminar las discrepancias, y, en aquellos casos en que no se logre, se sometan a algún tipo de arbitraje o se clarifique la situación mediante las disposiciones que procedan, para regularizar y evitar en lo sucesivo la permanencia de unos saldos contables, hoy incobrables, que distorsionan la información sobre la gestión de cobros y pagos.



6 - ESTUDIO DE LA EVOLUCION DE LOS PRECIOS HOSPITALARIOS.-
PRECIO COSTE - PRECIO VENTA Y DEFICIT.-

En el cuadro que adjuntamos a continuación, podemos apreciar la evolución de las tarifas hospitalarias de 1984 a 1986 y su relación con el incremento del IPC para ese mismo período.

Teniendo en cuenta que la facturación por estancias supone un 70 % aproximadamente del total facturado por el Hospital y la dificultad de calcular incrementos medios del resto del conjunto de actividades hospitalarias tarifables, hemos calculado el incremento de precios refiriéndonos únicamente a las estancias.

Respecto a las tarifas del Insalud, hay que matizar que esta Institución lleva a cabo actualizaciones para todos los años, pero con un retraso que puede alcanzar los 4 años. Por ello, la tarifa con la que hemos trabajado es la del último año actualizado, 1984, que se ha aplicado a partir de septiembre de 1986. Hasta esta fecha se venía aplicando la de 1982. Según esto, en el futuro se actualizan las tarifas para 1985 y 1986, con lo que los incrementos reales de tarifas para estos años ya no serían nulos.

Como dato orientativo, diremos que los aumentos de tarifas en los ejercicios 83 y 84 fueron de 0'70 % y 5 % respectivamente.

EVOLUCION DEL INCREMENTO DE TARIFAS EN RELACION CON EL DEL I.P.C. Y COMPARACION PRECIO/COSTE POR ESTANCIA

COD.	CONCEPTO	1.-	2.-	3.-	4.-	5.-	6.-	7.-	8.-	9.-		10.-	11.-	12.-
		% INCREMENTO TARIFAS 1985 (1)	% INCREMENTO COSTE VIDA 1985	DESVIACION 1 - 2	% INCREMENTO TARIFAS 1986 (1)	% INCREMENTO COSTE VIDA 1986	DESVIACION 4 - 5	% INCREMENTO TARIFAS 84/86	% INCREMENTO I.P.C. 84/86	DESVIACION 7-8	7-8	7-8	PRECIO POR ESTANCIA 1985	COSTE POR ESTANCIA 1985 (2)
3	Particulares	--	8,20	(8,20)	15,19	8,30	6,89	15,19	17,18	(1,99)	(11,58)	7,900	15,479	51,04
4	Accid. Trabajo	--	8,20	(8,20)	--	8,30	(8,30)	--	17,18	(17,18)	(100,--)	11,900	15,479	76,88
5	Accid. Tráfico	--	8,20	(8,20)	9,25	8,30	0,95	9,25	17,18	(7,93)	(46,16)	9,800	15,479	63,32
6	Mopfre	8,89	8,20	0,69	3,27	8,30	(5,03)	11,88	17,18	(5,30)	(30,85)	10,400	15,479	67,19
7	Lagun - Aro	8,34	8,20	0,14	7,70	8,30	(0,60)	16,67	17,18	(0,51)	(2,97)	10,400	15,479	67,19
8	Unión Previsora	8,34	8,20	0,14	8,34	8,30	0,04	18,19	17,18	1,01	6,46	10,800	15,479	69,78
9	Ejército	9,10	8,20	0,90	--	8,30	(8,30)	--	17,18	(17,18)	(100,00)	8,911	15,479	57,57
Ø	SOE	--	8,20	(8,20)	--	8,30	--	--	17,18	--	--	10,400	15,479	67,19
A	Asilados	--	8,20	--	7,70	8,30	(0,60)	16,67	17,18	(0,51)	(2,97)	8,911	15,479	57,57
L	Igualat. Médico	8,34	8,20	0,14	--	8,30	(8,30)	--	17,18	17,18	(100,00)	10,400	15,479	67,19
M	Actes. Lab. Insalud	--	8,20	(8,20)	7,70	8,30	(0,60)	--	17,18	17,18	(100,00)	12,800	15,479	82,70
N	Previsaa	--	8,20	--	2,35	8,30	(5,95)	(2,23)	17,18	(19,41)	(112,98)	12,800	15,479	82,70
H	Empl. Mpaies.J. Esp.	(4,47)	8,20	(12,67)	2,35	8,30	(5,95)	(2,23)	17,18	(19,41)	(19,41)	12,800	15,479	82,70
I	Empl. Mpaies.J. Norm.	(4,47)	8,20	(12,67)	2,35	8,30	(5,95)	(2,23)	17,18	(19,41)	(19,41)	12,800	15,479	82,70
1	Benef. Mpal.	(4,47)	8,20	(12,67)	2,35	8,30	(5,95)	(2,23)	17,18	(19,41)	(19,41)	12,800	15,479	82,70
B	Benef. 100 %	(4,47)	8,20	(12,67)	2,35	8,30	(5,95)	(2,23)	17,18	(19,41)	(19,41)	12,800	15,479	82,70
F	Empl. Prov. J. Espec.	(4,47)	8,20	(12,67)	2,35	8,30	(5,95)	(2,23)	17,18	(19,41)	(19,41)	12,800	15,479	82,70
G	Empl. Prov. J. Normal	(4,47)	8,20	(12,67)	2,35	8,30	(5,95)	(2,23)	17,18	(19,41)	(19,41)	12,800	15,479	82,70
J	Acc. Contratados	(4,47)	8,20	(12,67)	2,35	8,30	(5,95)	(2,23)	17,18	(19,41)	(19,41)	12,800	15,479	82,70
K	Otros Centros D.F.N.	(4,47)	8,20	(12,67)	2,35	8,30	(5,95)	(2,23)	17,18	(19,41)	(19,41)	12,800	15,479	82,70

(1) Hemos tomado como porcentaje de incremento de tarifas el porcentaje de incremento de la tarifa/estancia

(2) Tomado de la memoria anual del Hospital 1985: Información Económico Financiera (pág.5):

Coste Estancia = Coste total año 1985 (1) / nº estancias económicas (2)

= 3.715,2 m. / 240.010 = 15.479

(1) Es el coste obtenido en la Cuenta de Resultados

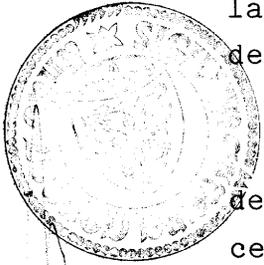
(2) Estancias obtenidas realizando la equivalencia a estancias de todas las actuaciones facturables. (Visitas, T.A.C., etc.). Seguir índices del INSALUD.



A la vista del cuadro, podemos apreciar que de 1984 a 1986, a excepción de las tarifas del ejército, el resto ha tenido una subida inferior al del IPC.

Las mayores diferencias las encontramos en los precios convenidos con la Diputación, Insalud, Accidentes de Trabajo, Accidentes de Tráfico y Lagun Aro, siendo en el resto menos significativas.

Con respecto a las tarifas del Insalud, recordamos lo comentado anteriormente, desconociéndose en este momento si las subidas pendientes, que como vimos eran pagadas por Orden Ministerial, cubrirán o no estas subidas del IPC.



Vemos que hay un retraso excesivo en el establecimiento de las tarifas a aplicar a un determinado año, que entorpece, en gran medida, el buen funcionamiento del sistema de facturación del Hospital y la planificación económica de éste. Este retraso no va acompañado del cobro de los intereses que corresponderían.

Dado que los tipos de usuarios para los que existen mayores diferencias en cuanto al aumento de sus precios respecto del IPC --Diputación Foral de Navarra, Insalud, Accidentes de Trabajo, Accidentes de Tráfico, Lagun-Aro-- absorben la casi totalidad de los servicios hospitalarios (en 1985, el 91,59 % de la facturación total neta del Hospital), de seguir la evolución de los precios la misma tónica de no adecuación al incremento del coste de la vida, la situación producirá déficits cada vez mayores.

Esta situación se hace más patente al analizar estáticamente los precios. En el cuadro vemos la comparación de los precios por estancia de cada usuario con el "costo por estancia" para 1985. Vemos que en ningún caso el precio alcanza el costo, siendo aquél, por término medio, del orden del 70 % de éste, y en el caso del Insalud, del 57,6 %.

El déficit contable en 1985 fue de 1.506,2 millones de pesetas.

Según un informe realizado por el Hospital, este déficit es debido, en su mayor parte (el 89 %, es decir, 1.341,1 millones de pesetas), a la aplicación, en los distintos conciertos, de tarifas más bajas que las que correspondería al Hospital en razón al nivel de servicios prestados.

Suponiendo que el precio por estancia que corresponde al Hospital de Navarra por el nivel de los servicios prestados, es el correspondiente al grupo VII, nivel 3 de la clasificación del Insalud, es decir, 15.340 pesetas en 1985, por diferencia entre este precio y el realmente facturado a los clientes básicos, la responsabilidad de este "déficit por bajas tarifas" queda de la siguiente manera:

* Insalud	961,0 millones	-	71,66 %
* Diputación Foral de Navarra	205,3	"	15,31 %
* Resto conciertos.....	174,8	"	13,03 %
	<u>1.341,1 millones</u>		<u>100,00 %</u>

La diferencia entre el déficit real contable y déficit por bajas tarifas, es decir, el déficit debido al funcionamiento del Hospital, sería por lo tanto de 165,1 millones de pesetas (11 % del déficit total).

El Hospital nos ha proporcionado un estudio sobre las actuaciones precisas para la cobertura del déficit debido al funcionamiento del Hospital, que se pueden resumir en el incremento de la actividad hospitalaria a corto y medio plazo en un 6,6 %, según datos de 1985.

Aunque tenemos ciertas dudas sobre la corrección de alguno de los datos utilizados en el informe citado, consideramos que las cifras que se dan son lo suficientemente

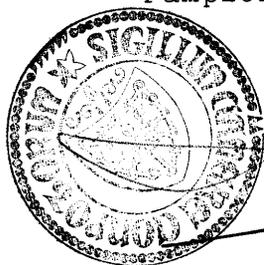
orientativas para describir, de forma aproximada, la situación real.

Finalmente, debemos aclarar que el déficit que arrojan las cuentas del Hospital no coincide con el contable del mismo Centro en las Cuentas Generales de Navarra. Hemos comentado anteriormente que las facturas que extiende por los servicios prestados a los funcionarios acogidos tanto a la "Asistencia sanitaria de uso especial" como a la de "uso normal", si bien son enviadas a Hacienda, no se le abonan al Hospital.

Entendemos que esta práctica, a nuestro juicio contablemente incorrecta, debería modificarse, ya que son gastos imputables a "Personal". El cargo a este capítulo y su abono al Hospital ajustaría correctamente las cifras contables de gastos por dichas asistencias a los funcionarios y los resultados del Centro.

Pamplona, abril de 1987

EL PRESIDENTE,



Mariano Zufía Urrizalqui

Mariano Zufía Urrizalqui

Servicio de

C/ Irunlarrea, s/n Tlf. 25 15 00
31008 PAMPLONA



Gobierno de Navarra

Hospital de Navarra

CAMARA DE COMPTOS
DE NAVARRA

28 MAYO 1987

ENTRADA N.º 134

ALEGACIONES AL INFORME SOBRE REVISION DEL SISTEMA DE FACTURACION Y
COBRO DEL HOSPITAL DE NAVARRA. (1.986).

Una vez estudiado el informe esta Gerencia se ve en la necesidad de hacer las siguientes puntualizaciones, siguiendo el índice del propio informe:

1.- Objetivos

En este capítulo se afirma rotundamente que el Hospital de Navarra tiene déficit.

El concepto déficit no se puede emplear al hablar de un servicio público. Este concepto comunmente se asimila a mala gestión o se establece la premisa de que debiendo tener beneficios, se tienen pérdidas. El informe demuestra que el Hospital de Navarra gestiona bien su facturación y cobro aunque existan puntos débiles. Por tanto, no se debe hablar de déficit ya que en el Hospital de Navarra se dan las siguientes circunstancias:

- a).- Es un servicio público.
- b).- La gestión es buena.

La auditoría debería comparar resultados económicos del Hospital de Navarra con otros centros hospitalarios públicos y privados.

Haciendo esta comparación se comprobaría:

a).- Que todos los centros públicos hospitalarios tienen cash-flow negativo.

b).- Que todos los centros privados también lo tendrían negativo si en éstos se diesen las circunstancias siguientes:

1.- La atención o calidad asistencial es la misma o similar a un centro público.

2.- La complejidad de medios técnicos y humanos es similar a un centro público.

3.- Las retribuciones del personal son similares a los centros públicos (en centros privados de Pamplona una A.T.S. gana un 35% menos que una AT.S. de este Centro).



4.- Los pacientes proceden principalmente de la Seguridad Social.

Tampoco queda muy claro en el informe de la auditoría cual es el nivel de capacidad de gestión del Hospital en cuanto a modificación de tarifas se refiere. Explicar esto es muy importante cuando se está hablando de resultados económicos negativos.

Así pues, vamos a analizar los clientes del Hospital de Navarra, y si este Centro puede modificar las tarifas unilateralmente o cuanto menos negociar éstas, o por el contrario, le vienen impuestas.

a).- INSALUD: Representó en 1986 el 66% de las estancias de enfermos hospitalizados y el 33% de las consultas ambulatorias. Esto representó el 54% de la facturación total del centro.

INSALUD establece una calificación a todos los hospitales en función de su complejidad y prestaciones. El Hospital de Navarra tiene solicitada una calificación superior desde 1983 y todavía el INSALUD no ha contestado.

La revisión de las tarifas anuales para los diversos actos las establece el Ministerio de Sanidad por Orden Ministerial. Estas revisiones se realizan con un retraso muy grande, siendo además muy largos los trámites administrativos para poder aplicarlas. Como ejemplo diré que la facturación del año 1986 se hizo a Tarifas de 1982 hasta el mes de Julio y a partir de este mes se comenzó a facturar a tarifas de 1984.

b).- EMPLEADOS Y BENEFICENCIA: La facturación a empleados municipales, forales y beneficencia se realiza en función de las tarifas del INSALUD establecidas para la calificación VII, Nivel 2, con precios actualizados al año en curso. Porcentualmente esta facturación es el 32% del total facturado en el año 1986.

c).- ACCIDENTES TRAFICO Y TRABAJO: La facturación por accidentes de tráfico o trabajo se hace a Mutualidades y entidades de seguros o el INSS a precios aprobados por el INSALUD, por tanto, tampoco el Hospital de Navarra puede incidir en ellas. Esta facturación supone el 7,54% del total.



d).- Por tanto, el Hospital de Navarra sólo puede hacer gestión en el 6,67 % de la facturación total, porcentaje este referido a particulares y conciertos con entidades privadas.

Así pues, como se ha dicho anteriormente, el Hospital de Navarra no puede modificar los precios en un 93,33% de sus prestaciones. Creo que estas consideraciones anteriores no quedan expuestas en el informe de referencia.

2.- Opinión y conclusiones

En este capítulo se dice textualmente " El mismo Hospital dentro de la constante mejora de métodos que comentábamos antes, está en estos momentos revisando la facturación con el objeto de efectuar cambios en los mismos ".

Esto es así pero creo que se debería haber comprobado y constatado por parte de la Cámara de Comptos los pasos dados para el nuevo sistema de facturación, sistema incluido en la aplicación informática " Circuito de Usuarios ", incluida esta a su vez en el proceso de " Gestión de pacientes ". Los pasos para la implantación del nuevo sistema han sido los siguientes:

1º.- De Octubre de 1986 a Diciembre 1986: Comienzo del nuevo sistema con la incorporación progresiva de las diferentes unidades del Hospital, se ha hecho de forma paulatina, única posible.

2º.- Enero 1987 a Abril 1987: Asentamiento del nuevo sistema con la incorporación de mejoras. Se ha realizado simultáneamente la facturación " vieja " y la " nueva " para cotejar y detectar diferencias entre ambas.

3º.- A partir de Mayo de 1987: Envío de la facturación nueva y control de cobros de acuerdo con la nueva facturación.

Esta evolución del sistema, que algunos pueden considerar como un proceso " largo " en el tiempo, viene determinado por la problemática que conlleva la implantación de sistemas administrativos de un centro hospitalario, pues el personal que interviene pertenece a diferentes estamentos profesionales y con diferentes turnos de trabajo. Y además el sistema no solo implica a la facturación sino que soporta la estadística del Centro, contabilidad analítica, etc.



Con este nuevo sistema se solucionan muchos aspectos de los cuales vamos a enumerar aquellos que han reflejado en la auditoría:

1.- Se imputan directamente a todos y cada uno de los pacientes todos los actos médicos que se le realizan -sean facturables o no- incluyendo su fecha de realización. Posteriormente la aplicación informática solamente facturará aquellos que según convenio sean.

2.- Se imputan directamente a cada paciente los días de estancia, desglosando dicha estancia por planta de enfermería y servicios médicos.

3.- La imputación de actos ya no se hace por estudio de la historia clínica sino que es directa, a través de las propias peticiones médicas de actos médicos: de esta forma se puede establecer más fácilmente controles posteriores para evitar errores de tecleo y posibles omisiones.

4.- Los datos se obtienen directamente de la actividad realizada por el personal médico y de enfermería y se registran diariamente a través de ordenador.

5.- Se produce una factura al " detalle " cuyo formato es el siguiente:

- X días de estancia en Y-planta, Z-Servicio médico, a ptas/día.	Ptas.
- X dias de estancia en Y-planta, Z-Servicio médico, a ptas/día.	Ptas.
- Etc.	Ptas.
- SUBTOTAL ESTANCIAS.	Ptas.
- Fecha, acto médico, número realizado a ptas/acto. .	Ptas.
- Fecha, acto médico, número realizado a ptas/acto. .	Ptas.
- Etc.	Ptas.
- SUBTOTAL ACTOS.	Ptas.
TOTAL FACTURA.	Ptas.

4.- Puntos débiles detectados en el sistema

Dentro de este capítulo se hacen muchas recomendaciones en el sentido de que sea la enfermera o el médico quien envíe los datos a facturación para su control posterior con los datos procedentes de administración. Que esto se realice en un hospital público es tarea



poco menos que imposible y cuando menos llevaría años esta concienciación. Además, los datos que envía la administrativa del servicio, son los que el personal médico o de enfermería le da.

El criterio que ha seguido esta Dirección para la creación de un nuevo sistema ha sido que, partiendo de la informatización de la estadística de los actos médicos, y siendo estos sacados de las peticiones de pruebas que unos servicios realizan a otros, se extraiga los datos necesarios para la facturación de forma también informatizada.

Así pues, como se ha dicho anteriormente, muchos de los puntos débiles del sistema que se citan son subsanados y corregidos con el nuevo sistema de facturación.

De esta forma se consigue que de un impreso asistencial, como es la hoja de petición de exploraciones que debe realizarse de forma obligatoria, se extraigan los datos necesarios para la contabilidad de costes, estadística y facturación, con lo que se evita el trabajo en los servicios de realizar la estadística y de facturar.

Todo lo anterior sirve como alegación general al punto 4º del informe, ahora bien, entrando en detalles y dentro del mismo punto, se pueden hacer las siguientes consideraciones:

- a).- La nueva facturación va a solucionar como se ha dicho gran parte de los problemas o deficiencias del sistema de facturación ahora auditado, en concreto, las recomendaciones 6, 8, 12 y 15.
- b).- En la página 33 se dice que existen 45 expedientes pendientes de facturar a dicha fecha.

Es preciso explicar primero que, el Hospital además de las cerca de cien mil consultas, exploraciones y tratamientos ambulatorios facturables, tuvo el pasado año 11.100 ingresos (expedientes), por lo que los 45 expedientes suponen el 0,41% del total. Si a eso quitamos los de antigüedad inferior al mes (no creo que un mes sea un tiempo excesivo) nos dan 19 expedientes, que suponen el 0,17%.

En cifras podemos decir que siendo la facturación total de 2.576.487.439 pesetas, la facturación de hospitalización es de 1.892.460.949 pesetas, siendo por tanto la facturación media por ingreso de 170.492 pesetas.

Servicio de

C/ Irunlarrea, s/n Tlf. 25 15 00
31008 PAMPLONA



Gobierno de Navarra
Hospital de Navarra

Plazo medio de facturación a enfermos en hospitalización es pues (tomando 45 expedientes pendientes de media) de:
 $(170.492 \times 45) : (1.892.460.949 : 365) = 1,48 \text{ días.}$

Creo que 1,48 días de periodo de facturación pendiente en Administración Periférica es un plazo muy escaso como para decir que hay expedientes pendientes. Además, las causas o retrasos de más de un mes ya se investigan y se conoce el motivo de por qué están retrasados.

c).- En la página 36 se dice que se han encontrado dos prótesis menores no facturadas. Puede ser porque las prótesis inferiores a la tarifa de una estancia en los enfermos del INSALUD no se facturan, porque así lo establece este Organismo.

d).- En el último párrafo de la página 50 se hace una recomendación, que me parece bien, en el sentido de que " Hospital de Navarra e INSALUD traten de llegar a acuerdos para eliminar discrepancias....."

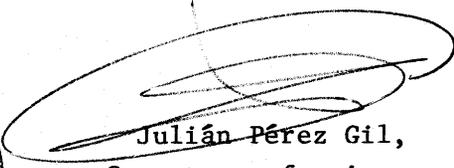
Esto se ha intentado hacer en alguna ocasión, pero con resultados negativos. El INSALUD funciona mediante circulares de Madrid y la Dirección Provincial tiene poca capacidad decisoria en esta materia. No existe tampoco una Junta de Arbitraje con competencias.

En otros asuntos, esta Gerencia ha planteado a Organos superiores la necesidad de recurrir el Gobierno de Navarra determinadas disposiciones del INSALUD (ej: Descuento por el Ipuesto sobre Tráfico de Empresas) pero por los motivos que sea no se ha realizado todavía este recurso.

En general, creo que el informe ha dejado de ser actual por existir un nuevo sistema de facturación en funcionamiento.

Pamplona, 23 de Mayo de 1987.




Julián Pérez Gil,
Gerente en funciones.

CONTESTACION A LAS ALEGACIONES AL INFORME, PRESENTADAS POR
LA GERENCIA DEL HOSPITAL DE NAVARRA.-

1 - OBJETIVOS

Entendemos que el vocablo "déficit" es precisamente la palabra comúnmente aceptada dentro del Sector Público para referirse a la situación en la que los gastos son superiores a los ingresos.

El concepto de déficit, en principio, no presupone ninguna opinión acerca de la gestión de un centro público, y, por otra parte, en nuestro Informe no podemos ni pretendemos, según nuestros objetivos, dar una opinión acerca de la gestión del Centro ya que solamente analizamos el Sistema de facturación.

En cuanto al resto de las afirmaciones contenidas en este punto, creemos coinciden con lo expuesto a lo largo de nuestro Informe.

2 - OPINION Y CONCLUSIONES

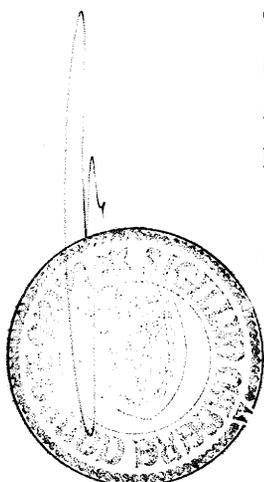
Nuestro trabajo en el Centro terminó en el mes de Enero de 1987, en dicha fecha no estaba implantado el nuevo Sistema de facturación por lo que no podíamos verificar su aplicación. Según queda expuesto en nuestros objetivos, el Informe pretende, principalmente, poner de relieve una serie de deficiencias encontradas en el Sistema entonces vigente, efectuando recomendaciones en orden a evitarlas en el diseño del nuevo.

4 - PUNTOS DEBILES DETECTADOS EN EL SISTEMA

Según decíamos en el punto anterior, nuestro trabajo se ha dirigido a la fiscalización del sistema de facturación para mostrar las deficiencias que, en su caso, apreciáramos, efectuando las recomendaciones oportunas para subsanarlas.

En las alegaciones se dice que "muchos" de los puntos débiles son subsanados y corregidos con el nuevo Sistema, con lo que nuestro objetivo, de ser así, se ve casi cumplido.

En otro orden de cosas y dentro del mismo apartado de deficiencias de las alegaciones, se efectúa un cálculo de plazo medio de facturación de 1'48 días, cálculo con el que no estamos de acuerdo, ya que la prueba realizada el 21 de Enero de 1987 recoge solamente el número de expedientes sin facturar correspondientes a ingresos de 1986, por lo que el número total de expedientes pendientes de facturar a dicha fecha era significativamente superior.



En nuestra recomendación nº 11 decíamos, por otra parte, que el "nº de expedientes antiguos no es muy numeroso..." Pero el hecho de que no sean muy numerosos no significa que no existan y por tanto que los citeamos y recomendemos un mayor control sobre los mismos.

Se dice asimismo en las alegaciones, dentro de este apartado, que "Puede ser que las dos prótesis menores no facturadas se deba a que las mismas son no facturables por su pequeña cuantía".

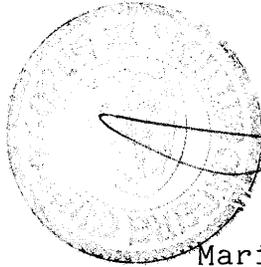
Entendemos que el problema reflejado en el Informe no es éste, como puede verse en la recomendación nº 13, sino el que en la prueba realizada, de 15 intervenciones quirúrgicas

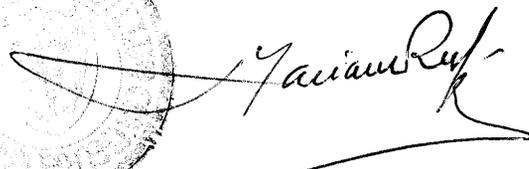
muestreadas, en 7 casos las hojas de quirófano no estaban archivadas en el expediente.

Finalmente, respecto a la actualidad del informe, entendemos que solamente dejará de serlo cuando se corrijan las deficiencias observadas y se apliquen, en líneas generales, las recomendaciones apuntadas. Si una buena parte de estas mejoras se han podido introducir en el nuevo sistema de facturación y el centro sigue activamente preocupado por completarlas, consideramos plenamente cubierto nuestro objetivo.

Pamplona, 29 mayo 1987

EL PRESIDENTE,




Mariano Zufía Urrizalqui