

Principales resultados y nota metodológica del proceso de estimación de costes y pesos por GRD para el SNS. Año 2010

- En 2010 los procesos atendidos con hospitalización en los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud tuvieron un coste medio aproximado de 4.920 Euros de acuerdo con los resultados del proyecto de estimación de pesos y costes de los GRD de hospitales del SNS llevado a cabo en una muestra de 42 hospitales.
- Los cálculos se realizaron a partir de los datos clínicos contenidos en los registros de altas de hospitalización – CMBD (conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria) y de los datos de contabilidad analítica. Las altas fueron agrupadas mediante el sistema de clasificación de pacientes de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico que clasifican todo los tipos de pacientes atendidos en 684 grupos (GRD) diferentes.
- Los 20 procesos (GRD) más frecuentes agrupan un 28% de los casos aunque suponen apenas un 2% del coste global en la muestra analizada y de ellos destacan en primer lugar el parto normal (GRD 373) con un coste medio de 2.014 euros, la neumonía simple y gripe (GRD 541) con 4.086 y el parto vaginal complicado (GRD 372) con 2.208 euros de coste.
- Los 20 procesos de mayor coste, por el contrario, apenas suponen el 0,36 por cien de los casos atendidos, aunque su coste global asciende al 6%. Entre ellos se encuentran procesos muy complejos o de larga estancia en el hospital tales como pacientes intervenidos con grandes complicaciones y sometidos a traqueostomía y ventilación mecánica (GRD 877), neonatos con menos de 750 grs de peso al nacer (GRD 602) y la mayoría de los trasplantes.

Antecedentes:

Los pesos y costes de los GRD para el Sistema Nacional de Salud (SNS) se vienen obteniendo periódicamente desde 1997, fecha en la que se aprobó el proyecto “*Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud*” (SNS), por parte del Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas¹. El proceso de estimación de pesos y costes se realiza mediante la integración de la información sobre los costes hospitalarios, obtenidos por los sistemas de contabilidad analítica, con la información clínica, referida a las altas de pacientes atendidos y registrada en el CMBD (Registro de altas de hospitalización, que forma parte del conjunto de operaciones estadísticas del Plan Estadístico Nacional), en una muestra representativa de hospitales del SNS.

En el Anexo I se recogen algunas referencias conceptuales y de uso de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico en el Sistema Nacional de Salud

¹ <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm>

Proyecto de estimación de pesos y costes de la hospitalización - 2010

En la presente edición los datos corresponden al año 2010. El total de hospitales participantes en el estudio es de 42, y el número total de altas de hospitalización que aportan ascienden a 742.512 altas válidas (20,2% del total de altas del SNS para ese año) y los costes globales de son de 3.921.116.595 euros.

La desagregación, por grupo clúster de hospitales², de los hospitales participantes es la siguiente: 3 hospitales del grupo I, 18 del Grupo II, 12 pertenecen al grupo III, 4 del Grupo IV y 5 del Grupo V

La relación de hospitales participantes se recoge en el anexo II.

La agrupación de la casuística se ha realizado con las versiones 25.0 y 27.0 del agrupador AP-GRD (All Patients) que corresponden a las versiones en vigor para el año de estudio y para el de publicación respectivamente.

Metodología:

A continuación se enumeran las principales tareas que se han llevado a cabo en cada una de las fases:

Preparación de la Información Asistencial

- En las bases de datos de altas, ya validadas de acuerdo con las normas de carga y validación del CMBD estatal, se ha procedido a la diferenciación de los casos según la duración de la estancia identificando los valores anormalmente altos o bajos, según los denominados “puntos de corte” que establecen, de acuerdo con un proceso estadístico de cálculo³ los casos extremos, que se extraen en los primeros procesos de cálculo con el fin de minimizar su impacto en los cálculos de costes medios por proceso, pero manteniéndolos, como valores extremos, para el cómputo final de costes.

Preparación y validación de la Información de costes

En función de los diferentes formatos en los que ha sido reportada la información procedente de los costes, se distinguen dos tipos de datos de costes:

1.- Hospitales que disponen de información individual a nivel paciente (14 hospitales), en ellos El hospital, de forma individual registra Información del coste en cada uno de los episodios asistenciales.

En estos hospitales, de forma individual para cada hospital, se realiza el cruce de las dos bases de datos (CMBD y Costes por paciente).

En la base de datos agregada se procede a las siguientes tareas:

² Clasificación en conglomerados de hospitales generales del SNS. Norma estatal GRD v25 MSSSI en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NormaGRD2008/CLASIFICACIONHOSPITALESCLUSTER.pdf>

³ Punto de corte (superior/inferior): estancia del GRD por encima/debajo de la cual se considera caso extremo, obtenido mediante la fórmula: Percentil 75 \pm 1,5 * (Percentil 75 – Percentil 25)

- Depuración de la información: eliminación de registros duplicados, eliminación registros no coincidentes en ambas bases de datos, depuración costes/tiempos medios obtenidos (para conceptos de costes que provengan de tiempos).
- Agrupación de pacientes por GRD (AP-GRD, APR-GRD e IR-GRD)
- Agregación de la muestra y creación de la base de datos global muestral (14) por episodio.
- Imputación de Costes por GRD y Conceptos de Costes parciales (vectorización). Se establecen los costes por GRD para el total de la muestra y para cada uno de los conceptos de coste incluidos (en la presente edición, no ha sido posible realizar un vectorización de los mismos ya que no se disponía de datos suficientes para ello).
- Cálculo de pesos relativos por GRD.

Obtención tabla final de GRD con toda la información de costes y pesos por GRD a partir de la información de costes reales de pacientes de muestra de hospitales.

2.- Para el caso de los hospitales que NO disponen de información individual a nivel paciente: El resto de hospitales han registrado la información de costes por servicio, con diferentes niveles de desagregación, cubriendo al menos los siguientes centros de coste:

- Gastos médicos y de Estructura
- Gastos de Enfermería
- Gastos de Cuidados Diarios
- Gastos de UCI
- Gastos de Quirófano
- Gastos de Farmacia
- Gastos de Radiología
- Gastos de Laboratorio
- Gastos de Suministros Médicos
- Gastos de Terapias
- Servicios Clínicos

En este grupo de hospitales se ha procedido a efectuar un doble cálculo de costes por GRD:

- a) Cálculo de costes utilizando software propiedad de la empresa 3M, que realiza una estimación de costes mediante metodología *top-down* cuyas bases de reparto se resumen a continuación:
 - Preparación Información Asistencial: eliminación GRD erróneos, creación de Altas Equivalentes y corrección estadística de estancias
 - Preparación y validación de la Información de costes: eliminación de costes de no hospitalización, revisión asignación coherente y homogénea costes de hospitalización y su clasificación en los 26/12 grupos definidos
 - Integración de la actividad asistencial y económica (asignación de costes top-down: el sistema utiliza algoritmos internos generados por el equipo de desarrollo de los GRD, en EEUU que posibilitan la imputación a nivel paciente, de los “costes parciales” definidos anteriormente (12 - 26 centros de coste)⁴.

⁴ • El sistema utiliza una serie de algoritmos internos generados por el equipo de desarrollo de los GRD, que posibilitan la imputación a nivel paciente, de los “costes parciales” definidos (12/26 centros).

b) Aplicación de pesos relativos obtenidos en la muestra de costes individuales (metodología Premise®)

Tras estos pasos se efectúa la integración de los resultados de ambas muestras y se realiza una validación estadística comparando los resultados de frecuencia y estancia media de cada uno de los GRD con los del Sistema Nacional de Salud (Norma 2010), lo que permite, con fines de garantizar la representatividad de los resultados, corregir determinados valores de coste en función de las diferencias de estancia con respecto al SNS.

Finalmente se procede a ajustar y/o calcular individualmente los costes de los GRD con insuficiente número de casos ($n < 30$) los cuales se calculan con base en la proporcionalidad que en los pesos americanos mantienen dichos GRD con respecto a casos clínica y funcionalmente relacionados; tal es el caso de algunos neonatos, algún caso de infección VIH, algún trasplante, craneotomía, etc.... De dichos casos la muestra contaba con datos para 603 altas y para el conjunto de hospitales del SNS se trata de casos de muy rara ocurrencia, y apenas suponen 3.000 casos en el año 2010 (menos de uno por 1000 altas).

Los algoritmos de imputación originales se realizan con base en información individualizada, para cada paciente- alta (en función de su estancia específica en días) y para cada “coste parcial”. Dichos algoritmos imputación se conocen como “pesos relativos por coste parcial” (Quirófano, Personal Facultativo, etc.) y, como se ha señalado anteriormente, están basados en la información suministrada por grandes bases de datos hospitalarias en EE.UU. Para los pacientes de la muestra, se recogen todos los costes de hospitalización, a partir de más de 100 grupos de costes básicos, definidos por paneles de profesionales sanitarios.

- La hipótesis de trabajo de este proyecto, se basa en la aceptación de esas bases de datos, como referencia de la práctica médica.
- La imputación de costes se realiza mediante:
 - La aplicación de costes relativos por cada grupo definido y por GRD.
 - La estancia real del paciente en el hospital.
 - El coste de los servicios.
 - El número de pacientes por GRD de los hospitales.

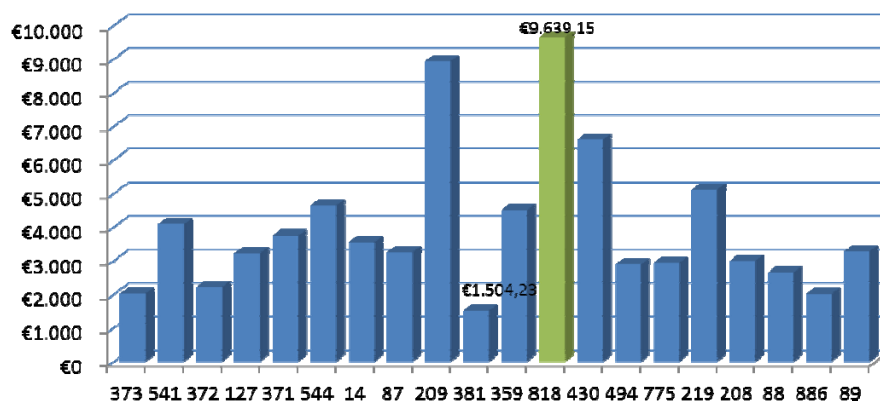
Principales Resultados

A continuación, se muestran los principales resultados obtenidos para la muestra en su conjunto, para la versión AP25, en vigor en el año de estudio. En las tablas de resultados publicadas se incluyen también los relativos a la versión AP27 (actualmente vigente con la actual edición de los códigos de referencia de la clasificación en uso para codificación de diagnósticos y procedimientos CIE9MC 8ª edición).

El coste medio por alta se sitúa en 4.929 Euros. De los procesos más frecuentes solo cuatro superan dicho coste medio, siendo el GRD 818 que corresponde a la operación de sustitución de cadera excepto casos con complicaciones, el proceso de mayor coste con 9.639 euros y el aborto con aspiración y legrado (GRD 381) el de menor coste, con 1.504 euros.

En conjunto los casos que integran estos 20 procesos más frecuentes suponen casi el 30% de los casos de hospitalización pero apenas superan el 20,5% de los costes globales en los hospitales del SNS.

Grafico 1: Coste medio de los GRD más frecuentes:

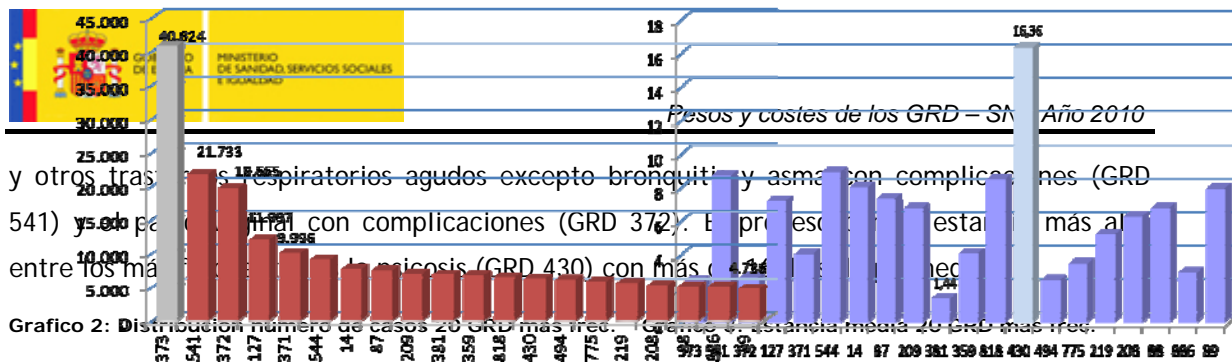


(1) Descripción 20 GRD más frecuentes (ordenados por frecuencia):

373 PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	359 PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC
541 NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	818 SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES
372 PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	430 PSICOSIS
127 INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	494 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC
371 CESAREA, SIN COMPLICACIONES	775 BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC
544 ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	219 PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC
14 ICTUS CON INFARTO	208 TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC
87 EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	88 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
209 SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA & REEMPLANTE MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO POR CC	886 OTROS DIAGNÓSTICOS ANTEPARTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
381 ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	89 NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC

Nota: Ver apéndice de símbolos y abreviaturas utilizados

En los gráficos 2 y 3 se muestran la frecuencia y la estancia media de estos 20 procesos. El más frecuente es el parto vaginal sin complicaciones (GRD 373) seguido de la neumonía simple



Por lo que respecta a los procesos de mayor coste medio, en la tabla siguiente se recogen los 20 procesos (GRD) con mayor coste medio; parten de valores de coste de más de 23 hasta 8 veces el coste medio del alta. Se trata de procesos quirúrgicos muy complejos, y procesos en general con estancias muy prolongadas en el hospital, como neonatos con muy bajo peso al nacer que permanecen entre tres y hasta seis meses en el hospital, los grandes trasplantados, grandes traumatismos etc.... Son en general casos muy poco frecuentes; en conjunto apenas suponen el 0,36% del total de altas del SNS (0,5% de las altas de la muestra). Sin embargo, representan, en términos de consumo, el 6,4% de los recursos económicos totales destinados a la hospitalización. Se relacionan en la tabla siguiente.

Tabla I: 20 GRD de mayor coste. Hospitales SNS. Año 2010

GRD	Descripción	T	Altas 2010	Estanc media	Coste medio	Peso Relativo
877	OXIG. MEMB. EXTRAC. O TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. + 96 hrs O SIN DIAG. PRINC. TRAST. ORL CON PROC.	Q	4.515	57,96	113.331,6 €	23,0364
602	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, ALTA CON VIDA	M	234	85,94	100.197,2 €	20,3666
829	TRASPLANTE DE PANCREAS	Q	12	24,25	94.665,17 €	19,2422
878	TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. + 96 hrs O SIN DIAG. PRINC. TRASTORNOS ORL SIN PROC. QUIR. MAYOR	Q	3.123	43,18	79.826,24 €	16,2259
795	TRASPLANTE DE PULMON	Q	204	37,94	79.097,61 €	16,0778
805	TRASPLANTE SIMULTANEO DE RIÑON Y PANCREAS	Q	57	27,06	73.222,18 €	14,8835
480	TRASPLANTE HEPATICO Y/O TRASPLANTE INTESTINAL	Q	920	23,62	72.364,75 €	14,7093
615	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES	Q	118	40,25	70.693,82 €	14,3696
700	TRAQUEOSTOMIA POR INFECCION HIV	Q	52	53,64	67.542,68 €	13,7291
606	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, CON P. QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	Q	168	69,44	66.936,73 €	13,6059
604	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, ALTA CON VIDA	M	647	75,98	64.912,44 €	13,1945
641	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON OXIGENACION	Q	34	48,87	64.451,81 €	13,1008

MEMBRANA EXTRACORPOREA						
803	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO	Q	801	33,98	64.286,16 €	13,0672
821	QUEMADURAS EXTENSAS O DE ESPESOR TOTAL CON VENT. MEC. + 96 hrs CON INJERTO DE PIEL	Q	109	28,4	57.866,92 €	11,7623
103	TRASPLANTE CARDIACO O IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA	Q	227	36,86	57.688,22 €	11,726
609	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES	Q	123	55,07	55.311,16 €	11,2428
547	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	Q	419	22,2	49.459,43 €	10,0534
622	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES	Q	828	31,52	45.554,99 €	9,2598
792	CRANEOTOMIA POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	Q	61	45,11	43.732,21 €	8,8892
793	PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXC. CRANEOTOMIA CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	Q	651	26,79	37.458,07 €	7,6139

(T: tipo de GRD: Q quirúrgico y M: Médico)

CC: con comorbilidad y/o complicaciones

Resumen y consideraciones finales

El estudio de pesos y costes de la hospitalización del año 2010 en el SNS, llevado a cabo en una muestra de 42 hospitales generales, estima para ese año un coste medio por alta de 4.920 euros, siendo el proceso más costoso más de 223 veces más caro que dicho paciente medio. Los 20 GRD más frecuentes suponen casi un 28% del total de altas⁵ y el 20,5% de los costes de la muestra estudiada para ese año, mientras que los 20 GRD de mayor coste agrupan solo al 0,36% del total de altas y consumen el 6,4% de los recursos económicos totales destinados a la hospitalización.

El gasto global que supondría, para el total del SNS la aplicación de estos costes medios como tarifas, alcanzan un total de 17.818,53 millones de Euros, lo que supone un incremento interanual desde la anterior obtención de costes (pesos y costes 2008, actualizado de acuerdo con el IPC para 2009) de un 7,6% para los costes globales de la hospitalización.

No obstante, cabe señalar, que estas cifras de aumento son mayores a las registradas para el gasto global en la Estadística de Establecimientos con Régimen de Internado (ESCRI)⁶. Para ese mismo período (2010 respecto a 2009), dicha estadística presenta un incremento interanual del 4% para los hospitales de agudos, reflejando la desaceleración relativa de la actividad hospitalaria respecto a años anteriores, en donde, por primera vez se registra una disminución en el número de ingresos (más costosos), favoreciendo un mayor peso relativo de las áreas ambulatorias, hacia las que, por otra parte, se viene desplazando desde hace ya unos años la actividad de asistencia especializada anteriormente realizada con hospitalización. Este hecho justifica seguir avanzando en trabajos de estimación de costes y pesos de los procesos atendidos en las áreas ambulatorias de atención especializada.

⁶ http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/SIAE_Resultadosprovisionales_2010.pdf

Desde el punto de vista metodológico cabe destacar que en esta edición se han obtenido por primera vez pesos y costes con base en costes individuales de episodios en una importante proporción de la casuística analizada (14 hospitales), y que además en conjunto se ha integrado información de 42 hospitales lo que dota a la muestra global de una mayor representatividad, tanto por grupo de hospitales como geográfica con 15 comunidades autónomas representadas⁷.

Ello ha permitido a su vez el cálculo de costes y pesos para la familia de GRD de los APR (AP refinados), los cuales están siendo objeto de análisis por parte de los grupos de trabajo de este sistema de información.

Como limitaciones del estudio cabe señalar, sin embargo, que a pesar de la participación de un mayor número de hospitales, se sigue apreciando una cierta sobrerrepresentación, en algunos GRD, de los hospitales de mayor tamaño, lo que sigue requiriendo algún ajuste posterior para permitir su comparabilidad con respecto al global del SNS.

Por último, se señala como recomendación, para futuros ejercicios, el completar la información relativa a centros de coste en la serie de datos de costes individuales por alta, consignando en cada registro los datos relativos a la participación de los vectores de coste que intervienen en la obtención de dichos costes individuales. Dicha información permitiría refinar la metodología de aplicación de los pesos resultantes de estos hospitales, teniendo en cuenta los diferentes componentes de coste en el proceso de reparto de costes, al aplicarlo en la muestra de hospitales que carezcan del detalle de información de costes por episodios individuales.

⁷ El Instituto de Información Sanitaria desea hacer constar y agradecer el esfuerzo de colaboración de todos los responsables de los servicios de gestión económica/contabilidad analítica de los hospitales participantes, así como de los representantes autonómicos en el grupo de trabajo de Contabilidad Analítica y el Comité Técnico del CMBD y mostrar el reconocimiento al equipo técnico que ha estado a cargo del proyecto en la compañía responsable del mismo (SIGESA Case-Mix Knowledge SA)

Anexo I: Referencias metodológicas y uso de los Grupos Relacionados por el diagnóstico GRD

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

Las principales características del sistema de clasificación lo convierten en uno de los más usados en tanto en cuanto aúna aspectos de manejabilidad - al agrupar toda la casuística en un número manejable de grupos - 684 para la versión APGRD v25-, información sobre patrones de intensidad en el consumo de recursos de hospitalización - derivados en gran parte de la tecnología aplicada, procedimientos realizados en el tratamiento de los pacientes y del tiempo de permanencia en el hospital (estancia)- y, además, mantienen significación epidemiológica y clínica al identificar la tipología de enfermedad, morbilidad secundaria y proceso de cuidados - complicaciones.

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

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

En el proyecto de análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud, iniciado en 1997 por el Ministerio y las comunidades autónomas, se ha ido contando con información de una muestra de hospitales, progresivamente mayor, que aporta los datos relativos al CMBD (Registro de altas de hospitalización) y los datos de coste cumpliendo una serie de criterios:

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

Asimismo desde esta edición de 2004, se han ido depurando diversos aspectos de la metodología del proyecto, incorporando elementos de validación y ajuste de los resultados, con el fin de superar limitaciones derivadas del proceso de muestreo y obtener resultados más robustos. En esta línea de mejora, en sucesivas ediciones se ha ido incrementando el número de hospitales, que han pasado de los 14 iniciales a 42 en la edición de 2010.

Los hospitales son sometidos, periódicamente, tanto auditorías del CMBD como de la contabilidad de costes con el fin de establecer el nivel de fiabilidad y validez de los resultados obtenidos. La última auditoría fue realizada en 2011 y corresponde a los datos clínicos. Dicha auditoría fue realizada en una muestra representativa del CMBD, en 30 hospitales del SNS de todas las comunidades autónomas.

Con relación a la metodología de obtención de datos y a las auditorías de coste, en 2009 se inició una línea de trabajo, coordinada desde el Instituto de Información Sanitaria y con participación de todas las comunidades autónomas a través de sus responsables y representantes en el GTCA, destinada a mejorar la calidad de los datos. Hasta el momento se ha publicado un informe exhaustivo sobre la situación de los sistemas de contabilidad analítica y se ha elaborado una **guía de recomendaciones para la extracción de datos homogéneos de costes en el SNS**. Dicha guía, debe servir de referente de normalización para la obtención de pesos y costes hospitalarios en el SNS y está previsto que constituya la base para la elaboración de un nuevo manual del auditor en el proceso de evaluación de la calidad de los datos de coste en el proyecto del SNS.

Respecto al uso de los pesos españoles y costes de los procesos hospitalarios agrupados por GRD, estos constituyen un referente en diferentes ámbitos.

- ↪ Los pesos españoles en sus diferentes ediciones se usan en primer lugar como valor de referencia para la elaboración de las tarifas del Fondo de Cohesión del SNS (actual fondo de compensación), con objeto de realizar los cálculos de compensación a las Comunidades Autónomas por los pacientes atendidos en sus hospitales con residencia en otro territorio autonómico, en una serie de procesos seleccionados, que se recogen en los anexos específicos de las normas (Reales Decretos) que regulan dicho fondo de cohesión desde el año 2001.
- ↪ Igualmente los resultados de coste han sido proporcionados a otros órganos de la administración, como el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, para la elaboración de tarifas para pago a terceros y centros concertados.
- ↪ Parte de los datos de contabilidad analítica en la elaboración de algunos componentes de las estadísticas nacionales del gasto sanitario público y asimismo se usan en estimaciones de gasto para el envío de estadísticas internacionales (Sistema de Cuentas de la Salud de Eurostat/OCDE/OMS)
- ↪ Los pesos del SNS de los GRD también se incorporan a la denominada norma estatal, conjunto de datos, indicadores y estadísticos de referencia para el Sistema Nacional de Salud, basada en los GRD y que constituyen el estándar de comparación en el análisis del funcionamiento en relación a los procesos atendidos en la hospitalización.

Anexo II: Estimación de pesos y costes de la hospitalización. Año 2010: relación de hospitales que componen la muestra

1. Hospital de Antequera	Andalucía
2. Hospital de La Serranía	Andalucía
3. Complejo Hospitalario Virgen de La Victoria	Andalucía
4. Hospital Universitario Reina Sofía	Andalucía
5. Hospital Universitario San Cecilio de Granada	Andalucía
6. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme	Andalucía
7. H Infanta Margarita de Cabra	Andalucía
8. H Este De Málaga- Axarquía	Andalucía
9. H De La Merced-Osuna	Andalucía
10. H San Juan de la Cruz	Andalucía
11. Obispo Polanco	Aragón
12. Hospital de Cabueñes	Asturias
13. Hospital Arriondas	Asturias
14. Hospital Central de Asturias	Asturias
15. Hospital Son Llätzer (Mallorca)	Baleares
16. Hospital Mateu Orfila (Menorca)	Baleares
17. Hospital De Gran Canaria Dr. Negrín	Canarias
18. Hospital Comarcal de Laredo	Cantabria
19. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Cantabria
20. Hospital de Sierrallana	Cantabria
21. Hospital de Hellín	Castilla-La Mancha
22. Hospital Santa Bárbara de Puertollano	Castilla-La Mancha
23. Hospital General de Ciudad Real	Castilla-La Mancha
24. Complejo Hospitalario de Toledo	Castilla-La Mancha
25. H. Talavera. Ntra. Sra. del Prado	Castilla-La Mancha
26. Hospital Virgen de la Concha- Complejo de Zamora	Castilla-León
27. Complejo Hospitalario de Leon	Castilla-León
28. Hospital Río Hortega de Valladolid	Castilla-León
29. Hospital del Mar	Cataluña
30. Hospital de La Vila-Joyosa (Marina Baixa)	Com. Valenciana
31. Hospital General Universitario de Alicante	Com. Valenciana
32. Hospital General de Castelló	Com. Valenciana
33. Hospital Lluís Alcanyís	Com. Valenciana
34. Hospital Don Benito-Villanueva de La Serena	Extremadura
35. H Campo Arañuelo-Navalmoral de La Mata	Extremadura

36. Hospital de Mérida	Extremadura
37. Hospital General Gregorio Marañón	Madrid
38. Hospital Severo Ochoa	Madrid
39. Hospital 12 De Octubre	Madrid
40. Hospital Virgen del Camino	Navarra
41. C. Hospitalario San Millán-San Pedro	Rioja, La
42. Fundación Hospital Calahorra	Rioja, La

Apéndice A: Abreviaturas, acrónimos, signos y siglas utilizadas en los descriptores de los GRD

&	Y (Ej.: hígado & otros)
A&AV	AMIGDALAS Y ADENOIDES
ADENOIDECT.	ADENOIDECTOMIA
AIT	ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO
AMIGDALECT.	AMIGDALECTOMIA
AMP.	AMPUTACION
ANEJ.	ANEJOS
ANTEB.	ANTEBRAZO
AP.	APARATO
ARTICUL.	ARTICULACION
BIL.	BILIAR
BILAT.	BILATERAL
C/	CON
CA.	CARCINOMA
CARD.	CARDIACO/A
CARDIAC.	CARDIACO
CARDIOTOR.	CARDIOTORACICOS
CARDIOVASC.	CARDIOVASCULAR/ES
CARDIOV.	CARDIOVASCULAR/ES
CAT.	CATETERISMO
CC	CON COMPLICACIONES Y COMORBILIDADES
CIE	CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
COLECISTECT.	COLECISTECTOMIA
COMPL.	COMPLICACION
CONGÉN.	CONGENITA
CRANEOT.	CRANEOTOMIA
D & L	DILATACION Y LEGRADO
DESTRID.	DESTRIDAMIENTO
DIAG.	DIAGNOSTICO
DIFER.	DIFERENCIADA
DIG.	DIGESTIVO
DIGEST.	DIGESTIVO
E<18	EDAD<18
ECB.	EXPLORACION DEL CONDUCTO BILIAR
ENDOCR.	ENDOCRINOS
ENF.	ENFERMEDAD / ES
EXC.	EXCEPTO
EXCIS.	ESCISION
EXTR.	EXTREMIDAD
EXTREM.	EXTREMIDAD
G.	GRAMOS (Ej.:<750G)
H.	HORAS (Ej.: +96H)
HEMATOPOY.	HEMAATOPOYETICO
HEP.	HEPatico
HEPATOBIL.	HEPATOBILIAR
HER.	HERIDA
HTA.	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
HIV.	VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA (en inglés: Human Inmunodeficiency Virus)
I.	INTESTINO
IAM.	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

ICC.	INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA
IMA	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
IMPL.	IMPLANTACION
IMPLANT.	IMPLANTACION
INF.	INFERIOR
INFECC.	INFECCION
INJ.	INJERTO
INMUNOL.	INMUNOLOGICO
INTEST.	INTESTINO
M.INF.	MIEMBRO INFERIOR
M.INFERIOR	MIEMBRO INFERIOR
MALIG.	MALIGNO
MASC.	MASCULINO
MAY.	MAYOR
METAB.	METABOLICO/S
MIELOPRO.	MIELOPROLIFERATIVO
MÚLT.	MULTIPLE
MUSCULOESQ.	MUSCULOESQUELETICO
N.CRANEALES	NERVIOS CRANEALES
N.MALIGNA	NEOPLASIA MALIGNA
NEO.	NEOPLASIA
NEOPL.	NEOPLASIA
NUTRIC.	NUTRICIONAL/ES
ORG.	ORGANOS (Ej.: sangre, org. Hematopoyéticos)
ORL.	OTORRINOLARINGOLOGICO
P.	PROCEDIMIENTO
PERCUT.	PERCUTANEO
PERIF.	PERIFERICOS
PERM.	PERMANENTE
POST.	POSTERIOR (Ej.: fusión vertebral anterior/post.)
PQ	PROCEDIMIENTO/S QUIRURGICO/S
P.QUIR.	PROCEDIMIENTO/S QUIRURGICO/S
PRINC.	PRINCIPAL
PROC.	PROCEDIMIENTOS
PROC.S	PROCEDIMIENTOS SOBRE
PROCED.	PROCEDIMIENTOS
PROCED. S.	PROCEDIMIENTOS SOBRE
REIMPL.	REIMPLANTACION
RESP.	RESPIRATORIO
S.	SOBRE (Ej.: Proc. S. Columna...)
S/	SIN
S. MUSCULOESQUELETICO	SISTEMA MUSCULOESQUELETICO
S. NERVIOSO	SISTEMA NERVIOSO
SIGNIF.	SIGNIFICATIVO
SIST.	SISTEMA
SUP.	SUPERIOR
SUBCUTÁNEO	TEJIDO SUBCUTANEO
TRASPL.	TRASPLANTE
TRAS. / TRAST.	TRASTORNO
TRAUM.	TRAUMATICA
URIN.	URINARIO
VALV.	VALVULA/S
VENT.	VENTILACIÓN (Ej.: Traqueostomía con vent.)
VIH	VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA

