



Información general sobre el nuevo modelo de remuneración o pago en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud para Bogotá



1. ¿Qué es el nuevo modelo de pago o remuneración?

Es la nueva forma de pago, a través de la cual el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y la EPS-S Capital Salud pagarán, a partir de junio de 2017, a las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud (Norte, Sur, Centro-Oriente y Sur-Occidente) por las atenciones que estas presten a sus afiliados. En el caso de Capital por los servicios prestados a los afiliados al régimen subsidiado y en el caso del FFDS por los servicios para la población pobre no afiliada (vinculados).

Es una remuneración integral por actividad final, es decir que el pago incluye todos los servicios prestados al usuario. Aplica para 4 actividades finales: Consulta, Hospitalización, Cirugía y Actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Por ejemplo, el valor que pague la EPS-S por una consulta a la IPS comprenderá, además de los costos administrativos, todos los que hacen parte de esta atención como: laboratorios, radiografías, medicamentos, terapias, entre otros, para los cuales el usuario no tendrá que pedir autorización a la EPS-S.

De igual manera, es un pago que incentivará la gestión realizada por Capital Salud y las 4 Subredes en cuanto al impacto en la salud de las comunidades, medido con base en indicadores como: Proporción de casos nuevos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) captados por la Subred, Proporción de mortalidad materna a causa de una morbilidad extrema en la Subred, Tasa de ingresos a UCI (Unidad de Cuidado Intensivo), Adulto por eventos prevenibles de patologías crónicas (Hipertensión Arterial y/o Diabetes) en la Subred. Este pago incluye también incentivos económicos con el propósito de que las Subredes sean cada vez más eficientes en el uso de los recursos humanos y de infraestructura física, generando mejor calidad en la atención y en el acceso del usuario a los servicios de salud que requiere de manera integral; así como aumento en la producción de servicios y la reducción de costos.



2. ¿Para cuáles actividades finales aplica este nuevo modelo de pago?

Aplica para 4 actividades finales: Consulta (básica y especializada), Hospitalización, Cirugía y Actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

SECRETARÍA DE SALUD



3. ¿Cuál es el objetivo central del nuevo modelo de pago o remuneración?

Lograr el equilibrio financiero entre la EPS-S Capital Salud y las 4 Subredes para lograr:

- Calidad en la atención
- Mayor impacto en la salud de las comunidades
- Mayor eficiencia (mejoramiento de costos y de la producción).



4. ¿A qué poblaciones y aseguradoras aplica el nuevo modelo de pago o remuneración?

Aplica para la población del régimen subsidiado afiliada a la EPS-S Capital Salud y para la población pobre no asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo responsable es el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS).



5. ¿Cómo se articula el nuevo modelo de pago con el Plan Territorial de Salud?

El Plan Territorial de Salud, conforme al nuevo modelo de atención integral, plantea nuevos modelos de: Gobernanza, Aseguramiento, Atención en salud, Prestación de servicios y Remuneración. Este último está relacionado con el pago integral por actividad final por Subred y con incentivos de desempeño, lo cual le exige a las 4 Subredes mayor calidad en la prestación del servicio, mayor impacto en la salud de las comunidades (a partir de la identificación del riesgo individual y colectivo) y eficiencia en su operación. De esta manera, se favorece una gestión articulada que permita hablar en consecuencia y realmente de redes integradas de servicios de salud.



6. ¿Qué beneficios trae para el usuario y la comunidad este nuevo modelo de pago?

- Reduce trámites y costos en el proceso de autorizaciones y facturación.
- Reduce costos de desplazamiento para la atención en salud.
- Aumenta la oportunidad y el acceso en la atención por la disminución de trámites en el proceso de autorizaciones.
- Aumenta la calidad e integralidad en la atención por los incentivos señalados.

- Mejora el impacto en la salud promoviendo la gestión del riesgo, la cobertura en las actividades de Protección Específica y Detección Temprana (actividades individuales del Plan de Beneficios) articuladas con el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC (actividades de salud pública).



7. ¿Qué beneficios trae esta nueva forma de pago para las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud?

- Eficiencia en el uso racional de su capacidad instalada en cuanto a mano de obra e infraestructura.
- Reducción de autorizaciones en el Plan de Beneficios.
- Operación real como redes integradas de servicios de salud (EPS-S Capital Salud, Subredes y SDS).
- Fortalecimiento de la relación entre EPS-S Capital Salud, Subredes y SDS.
- Optimización de tiempos de atención para los usuarios.
- Simplificación de los procesos de facturación, cartera, glosa y auditoría.
- Mejoramiento de la gestión clínica por incentivos de desempeño.
- Mayor competitividad para atraer nuevos pagadores del régimen contributivo y regímenes especiales.
- Mejora la liquidez de las Subredes.
- Incentiva la sostenibilidad financiera de las Subredes.



8. ¿Qué beneficios trae esta nueva forma de pago para la EPS-S Capital Salud y el FFDS, es decir para los aseguradores?

- Fortalecimiento de la relación entre Capital Salud, Subredes y SDS.
- Reducción del proceso de autorizaciones en el Plan de Beneficios.
- Simplificación de los procesos de facturación, cartera, glosa y auditoría.
- Reducción en los costos de procesos administrativos y de prestación de servicios.
- Promueve la eficiencia administrativa por los incentivos de desempeño que reciben.
- Favorece la sostenibilidad financiera de la EPS-S.
- Disminución de la aparición de las enfermedades y en consecuencia de la carga asistencial, producto de incentivar las actividades de promoción y prevención de manera individual (Plan de Beneficios) y las de salud pública (Plan de Intervenciones Colectivas).



9. ¿Qué mecanismos establece el nuevo modelo de pago para que las 4 Subredes logren la eficiencia planteada?

- Las tarifas fueron calculadas sobre costos totales y producción eficiente.
- Se definieron sendas (camino) de costos y producción para llegar de manera gradual al cumplimiento de la eficiencia.
- Las tarifas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se pagarán por cada actividad realizada, a un valor de manual tarifario SOAT (Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito) vigente menos un porcentaje. En la medida en que disminuyan las actividades asistenciales, este ahorro se destinará a incrementar las tarifas de protección específica y detección temprana para mantener a la población sana.



10. ¿Cómo se calcularon los valores estimados en el Nuevo Modelo de pago?

Se calcularon con base en la información relacionada con costos, producción y rendimiento de las 22 Unidades de Servicios de Salud (hospitales) de la red pública del Distrito, para identificar el costo más eficiente por cada actividad final, es decir el menor costo con la mayor producción.



11. ¿Sobre qué indicadores se evaluará el cumplimiento de las Subredes para reconocer incentivos de desempeño e impacto en la salud?

Las Subredes Integradas de Servicios de Salud tienen como meta mejorar la calidad de los servicios y el impacto en la salud de sus comunidades, mejorar el costo y la producción. Por lo tanto, el nuevo modelo de pago o remuneración contempla indicadores establecidos por el pagador (EPS-S Capital Salud) que miden el cumplimiento de estos aspectos por cada Subred.



12. ¿Todas las actividades en salud se pueden pagar a través de este nuevo modelo de emuneración?

No. Existen algunas actividades, denominadas fuera de serie o de rango, que por su costo elevado, baja frecuencia y su comportamiento irregular frente a la tendencia Distrital, no se pueden asimilar a los valores estimados del nuevo modelo. Es el caso de las actividades de oncología, gran quemado, entre otras.



13. ¿Cómo se hará el pago de las actividades que no se pueden pagar a través de este nuevo mecanismo?

Estas actividades se pagarán tomando como referencia el Manual Tarifario SOAT vigente, menos un porcentaje definido por la EPS-S Capital Salud y las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud.



14. ¿Cómo afecta el nuevo modelo de pago o remuneración los copagos que deben realizar los usuarios?

En el nuevo modelo de pago o remuneración los copagos se siguen aplicando en los mismos porcentajes y con los mismos topes que determina la ley. La única variación que tendrán es que para las actividades ambulatorias se generará copago solo por cada actividad final (consulta o cirugía), no por las actividades intermedias que estas demanden (laboratorios, radiografías, terapias, medicamentos, etc.) como se realiza actualmente. De esta manera, se disminuyen los procesos de autorización y facturación, lo que significa menos filas y mayor acceso a los servicios de salud.



Glosario:

- **Régimen subsidiado:** Es el sistema de afiliación, administración y prestación de servicios de salud a las comunidades menos favorecidas económicamente.
- **Vinculados:** Es la población pobre no afiliada aún, para la cual el estado hace la función de asegurador hasta que se afilia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Remuneración:** Es el reconocimiento o pago económico por la prestación de un servicio.
- **Actividad final:** Es la agrupación de actividades asistenciales que incluye actividades intermedias (exámenes de laboratorio, radiología y terapias), así como los traslados en ambulancia para toma de exámenes especializados al interior de las Subredes y el costo de la administración.
- **EPS:** Entidad Promotora de Salud. Es la encargada de la afiliación (Aseguramiento y administración) de sus afiliados.
- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud. Es la encargada de atender las necesidades de atención en salud de los usuarios.
- **Costos administrativos:** Son todos los recursos económicos relacionados con la operación necesaria de los procesos administrativos al interior de la IPS (Subredes ESE).
- **Autorización:** Es el proceso mediante el cual la aseguradora EPS-S da permiso a la IPS para prestar los servicios de salud a los usuarios.
- **Incentivos (desempeño e impacto):** Son estímulos implícitos dentro de la tarifa y por fuera de ella, mediante los cuales se premia la mejora en la eficiencia (costos y producción) y en la calidad del servicio de salud.
- **Equilibrio financiero:** Situación de igualdad económica entre lo que se factura y lo que cuesta operar una empresa (Ingreso igual a costo).
- **Plan Territorial de Salud:** Conjunto de objetivos, metas e indicadores que apuntan a mejorar la atención en la prestación de los servicios de salud de los departamentos, distritos y municipios de Colombia.
- **Gestión del riesgo:** Conjunto de actividades enfocadas a minimizar o evitar el impacto de la probabilidad de enfermar y morir en el sistema de seguros de salud (Seguridad Social).
- **Protección específica:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.



- **Detección temprana:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar, de forma oportuna y efectiva, la enfermedad, facilitar su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.
- **Asegurador:** Entidad encargada de la afiliación (aseguramiento y administración) de sus afiliados, donde se garantiza el Plan de Beneficios.
- **Facturación:** Proceso administrativo de los prestadores encargado de generar una factura o documento equivalente donde se cobra al asegurador los valores por los servicios de salud prestados a sus afiliados.
- **Cartera:** Proceso administrativo de los prestadores, por el cual se hace la gestión de cobro de las facturas radicadas ante un asegurador.
- **Glosa:** Valores descontados a los prestadores por parte del asegurador por no cumplimiento en la obligación de un contrato de prestación de servicios.
- **Auditoría:** Proceso administrativo mediante el cual se verifica el cumplimiento de un contrato entre asegurador y prestador.