

Manual del nuevo modelo de remuneración o presupuesto global prospectivo por actividad final con incentivos de desempeño



Foto - Freepik.com



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

SECRETARÍA DE SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81

Alcalde Mayor

Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud

Luis Gonzalo Morales Sánchez

Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud

Ronald Ramírez López

Coordinación Editorial

Andrea Corredor Avellaneda
Oficina de Comunicaciones

Corrección de estilo

Gustavo Patiño Díaz

Diseño y Diagramación

Juan Carlos Vera Garzón

Impresión

Subdirección Imprenta Distrital DDDI

Julio, 2017

ESTRUCTURACIÓN DEL MODELO

Luis Gonzalo Morales Sánchez

Médico, Universidad Pontificia Bolivariana

Especialista en Economía, Universidad de los Andes

Especialista en Gerencia de Hospitales, Universidad EAFIT

Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia

Magíster en Ciencia Política, Universidad de los Andes

LÍDER DEL PROYECTO

Carlos Ariel Rodríguez Suárez

Médico - cirujano, Universidad Libre

Maestría en Administración en Salud, Universidad Javeriana

Especialista en Calidad Total y Productividad, Universidad del Valle

Especialista en Gerencia Estratégica en Dirección, Inalde, Universidad de la Sabana

EQUIPO TÉCNICO

Manuel Alexander Blanco Roa

Enfermero, Universidad Nacional

Candidato a MBA, Escuela de Negocios Europeos de Barcelona

Sandro Guío Contreras

Administrador de empresas, Universidad de La Salle

Especialista en Administración Financiera, Universidad Católica de Colombia

GRUPO ASESOR DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

David Bardey

Economista, Universidad de Bensaçon

Doctor en Economía, Universidad de Bensaçon

Profesor de la Universidad de los Andes

Investigador asociado de Toulouse School of Economics

Giancarlo Buitrago Gutiérrez

Médico, Universidad Nacional

Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia

Magíster en Economía.

PhD en Economía, Universidad de los Andes

Manual del nuevo modelo de remuneración o presupuesto global prospectivo por actividad final con incentivos de desempeño

Contenido

1. ¿Qué es un presupuesto global prospectivo?	4
2. ¿Cuáles son los incentivos en los contratos o acuerdo de voluntades entre la EPS-S Capital Salud y las subredes Integradas de Servicios de Salud ESE?	4
3. ¿Qué es el nuevo modelo de pago o remuneración?	5
4. ¿Por qué es un pago integral?	6
5. ¿Qué cargos considera el valor estimado?	6
6. ¿En qué se fundamenta el nuevo modelo de remuneración o pago?	6
7. ¿Qué beneficios trae para el usuario/comunidad este nuevo modelo de remuneración?	7
8. ¿Qué beneficios trae esta nueva forma de pago para las cuatro subredes Integradas de Servicios de Salud?	7
9. ¿Qué beneficios trae esta nueva forma de pago para Capital Salud, es decir, para el asegurador?	7
10. ¿Qué fuentes de información se utilizaron para calcular el valor estimado (tarifa)?	8
11. ¿Qué tipologías o subdivisiones se contemplaron en la forma de pago para cada una de las cuatro actividades finales?	8

12. ¿Cómo se calcularon los valores estimados en el nuevo modelo de remuneración?	9
13. ¿Qué mecanismos establece el nuevo modelo de remuneración para que las cuatro subredes logren la eficiencia planteada?	9
14. ¿Cómo se determinaron los costos unitarios para las actividades finales en cada una de las 22 Unidades de Servicios de Salud de la red pública del Distrito?	10
15. ¿Cómo se determinó el rendimiento 2015 por actividad final en cada una de las 22 Unidades de Servicios de Salud de la red pública del Distrito?	10
16. Determinación de la producción esperada por cada actividad en función de la capacidad instalada actual de la red:	11
17. ¿Todas las actividades en salud se pueden pagar a través de este nuevo modelo de remuneración?	13
18. ¿Cuál es el objetivo de las sendas de costos y producción que deben cumplir las subredes?	14
19. ¿Cómo se calculan las sendas de costos y producción por Subred para que la tarifa sea competitiva?	15
20. ¿Qué es la protección específica?	15
21. ¿Qué procedimientos o actividades comprende la protección específica?	15
22. ¿Qué es la detección temprana?	15
23. ¿Qué actividades comprende la detección temprana?	15
24. ¿Cómo se calcularon los valores estimados de Protección Específica y Detección Temprana (PyD)?	16
25. ¿Qué tipo de glosas genera la nueva forma de pago?	16
26. ¿Cómo afecta el nuevo modelo de pago o remuneración los copagos que deben realizar los usuarios?	16

Introducción

El Plan Territorial de Salud para el cuatrienio 2016-2020 busca mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de Bogotá, a partir de la consolidación de “un sistema eficiente, digno y que valore a las personas”. Este plan pretende contribuir a la apuesta de la Administración Distrital por garantizar la felicidad de todas las personas, en armonía con el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, en particular en su primer pilar: “Igualdad en Calidad de Vida”, y su cuarto eje transversal: “Gobierno legítimo, eficiencia administrativa y fortalecimiento de lo local”.

Conforme al nuevo modelo de atención integral en Salud, el Plan Territorial plantea nuevos modelos de: Gobernanza, Aseguramiento, Atención en salud, Prestación de servicios y Remuneración. Este último se refiere a la nueva forma de pago por actividad final con incentivos de desempeño, lo que en la práctica representa un pago integral porque toda la producción de las cuatro subredes Integradas de Servicios de Salud se concreta en cuatro actividades finales: consulta, cirugía, hospitalización y actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Esto conlleva disminución de trámites en facturación, autorizaciones y glosas, y mejora en la accesibilidad del usuario al sistema por cuanto los ciudadanos pueden acudir de manera directa a las subredes sin pedir autorización a la EPS-S Capital Salud, y los servicios se los van a prestar en una misma Subred o en la red distrital según la especialización de cada una de las subredes.

De acuerdo con lo anterior, se demanda a las cuatro subredes mayor calidad en la atención, mayor impacto en la salud de las comunidades (a partir de la identificación del riesgo individual y colectivo) y eficiencia en su operación, favoreciendo una gestión articulada que permita hablar en consecuencia y realmente de redes integradas de servicios de salud. De igual manera, a través de este mecanismo se premian de manera significativa la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de forma individual y colectiva.

En este Manual encontrará las especificaciones de la forma de pago implementada en el marco del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, propuesto por la actual administración distrital.

1. ¿Qué es un presupuesto global prospectivo?

Es la suma global que se establece **por anticipado** para cubrir durante un período determinado, usualmente un año, la **provisión de un conjunto de episodios de atención** o de tecnologías en salud, **previamente acordados** entre el pagador y el prestador. Debe cumplir con las siguientes características:

- A. Conjunto de episodios de atención o de tecnologías en salud incluidos.
- B. Especificación de las tecnologías en salud cubierta y no cubierta, asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos.
- C. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados.
- D. Monto global del presupuesto y valor de cada uno de los episodios de atención o de las tecnologías en salud.
- E. Uso de guías clínicas y protocolos de atención.

* En esta modalidad de contratación se podrán pactar números mínimos o máximos de los conjuntos de episodios de atención o de tecnologías en salud que deben ser prestados con cargo al monto global del presupuesto.

2. ¿Cuáles son los incentivos en los contratos o acuerdo de voluntades entre la EPS-S Capital Salud y las subredes Integradas de Servicios de Salud ESE?

Como parte de los acuerdos de voluntades, las entidades responsables de pago y los Prestadores de Servicios de Salud incluyen incentivos orientados a mejorar la eficiencia, el desempeño y los resultados en salud. Los incentivos son monetarios y no monetarios, así:

a. Incentivos monetarios implícitos en la tarifa

Las tarifas del nuevo modelo de remuneración fueron calculadas en condiciones de eficiencia en costos y producción.

El monto del presupuesto global es el valor de las ventas que cada Subred efectuó a Capital Salud en la modalidad de evento y capitación de la vigencia anterior. De ese monto el asegurador reserva un porcentaje para reconocerlo como incentivo monetario, en la medida en que las subredes avancen en las sendas hacia la tarifa eficiente.

Adicionalmente, Capital Salud construyó una tabla de indicadores (ver tabla) que miden el aumento o disminución de la carga asistencial, y al presentarse disminución, este ahorro se dará como estímulo incrementando las tarifas de promoción y prevención (tarifas de protección específica y detección

temprana (P y D) que se pagan en el nuevo modelo por evento a SOAT menos 45 %, y no por capitación.

Tabla de indicadores de carga asistencial

N°	NOMBRE INDICADOR
1	Proporción de casos nuevos de VIH captados por la subred
2	Proporción de casos detectados de VIH estadio A y B sobre el total de detectados en la subred
3	Proporción de mortalidad materna a causa de una morbilidad extrema en la subred
4	Tasa de ingresos a UCI neonatales por eventos prevenibles en la subred
5	Proporción de casos detectados de cáncer de cuello uterino in situ en la subred
6	Proporción de casos detectados de cáncer de mama in situ en la subred
7	Mediana de la hemoglobina glicosilada en los usuarios con diabetes mellitus asignados al programa de crónicos
8	Mediana de la filtración glomerular en los usuarios con HTA (alto y muy alto riesgo) asignados al programa de crónicos
9	Tasa de ingresos a UCI adulto por eventos prevenibles de patologías crónicas (HTA y/o diabetes) en la subred
10	Incidencia global de ERC estadio 5 en el programa de crónicos
11	Proporción de egresos de cama básica vs. egresos cama especializada
12	Proporción de tratamiento oral terminado vs. proporción de tratamiento oral Iniciado

Fuente: Capital Salud EPS-S.

b. Incentivos no monetarios o de prestigio

Son reconocimientos simbólicos que en ceremonia pública, con presencia de las comunidades, se entregarán a las subredes con mayores y mejores resultados en la aplicación del Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, impactando de manera positiva la salud de los bogotanos.

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

Es la nueva forma de pago a través de la cual Capital Salud pagará, de ahora en adelante, a las 4 subredes Integradas de Servicios de Salud por las atenciones que estas presten a sus afiliados. En el caso de Capital Salud, por los servicios prestados al régimen subsidiado.

Es una remuneración integral por actividad final, es decir, que el pago incluye todos los servicios prestados al usuario. Esta aplica para actividades finales: consulta, hospitalización y cirugía. 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 Capital salud.

4. ¿Por qué es un pago integral?

Porque es un pago que reconoce todos los costos de operación, administrativos y de actividades intermedias relacionadas con la actividad final, por medio de cinco cargos incluidos en el valor estimado: cargo por disponibilidad, cargo variable, cargo por apoyo diagnóstico y terapéutico, cargo por traslado secundario y cargo por administración.

5. ¿Qué cargos considera el valor estimado?

El valor estimado involucra la sumatoria de los siguientes cargos:

- *Cargo por disponibilidad*: es el costo por mantener la oferta disponible para las tres actividades finales mencionadas (costo fijo de mano de obra, infraestructura y tecnología)
- *Cargo variable*: es el costo directamente relacionado con la producción como insumos hospitalarios.
- *Cargo por apoyo diagnóstico y terapéutico*: laboratorio clínico, Imagenología y medicamentos.
- *Cargo por traslado secundario*: hace referencia a los traslados realizados entre las subredes y dentro de cada subred.
- *Cargo por administración*: involucra los procesos de direccionamiento y gerencia y de apoyo logístico.

6. ¿En qué se fundamenta el nuevo modelo de pago o remuneración?

Este nuevo modelo se fundamenta en: fortalecer el control del riesgo desde el asegurador; mejorar el acceso al sistema, al simplificar el proceso de autorizaciones; simplificar el proceso de facturación (donde el control sobre las actividades intermedias es del prestador), y en el giro directo mensual cercano al 90%. Cabe mencionar que el 10% restante se girará de forma trimestral se-

gún los resultados de auditoría, cumplimiento de los indicadores de calidad e impacto y cumplimiento de las sendas en costos y producción.

7. ¿Qué beneficios trae para el usuario/comunidad este nuevo modelo de remuneración?

- 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) y el Plan de Intervenciones Colectivas (actividades de salud pública).

8. ¿Qué beneficios trae esta nueva forma de pago para las cuatro 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 (Capital Salud, subredes y Secretaría Distrital de Salud (SDSI)).
- Fortalecimiento de la relación entre 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.

9. ¿Qué beneficios trae esta nueva forma de pago para Capital Salud, es decir, para el asegurador?

- 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 colectiva (Plan de Intervenciones Colectivas [PIC]).

10. ¿Qué fuentes de información se utilizaron para calcular el valor estimado (tarifa)?

Se utilizaron dos fuentes de información, principalmente:

- El aplicativo Capacidad Instalada y Producción (CIP) de la SDS.
- El cubo de costos de la SDS o plataforma donde la SDS plasma los costos que reportan las 22 Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.

11. ¿Qué tipologías o subdivisiones se contemplaron en la forma de pago para cada una de las cuatro actividades finales?

Consulta:

- a) Consultorio básico por médico general
- b) Consultorio básico por enfermería
- c) Consultorio básico por psicología
- d) Consultorio especializado y supraespecializado
- e) Consultorio odontológico
- f) Consultorio odontológico especializado
- g) Consultorio de urgencias básico
- h) Consultorio de urgencias especializado

Hospitalización:

- a) Egreso cama básica
- b) Egreso cama especializada ginecología y obstetricia
- c) Egreso cama especializada medicina interna
- d) Egreso cama especializada pediatría
- e) Egreso cama especializada quirúrgica
- f) Egreso cama especializada salud mental
- g) Egreso cama observación de urgencias
- h) Egreso cama UCI adultos

- i) Egreso cama UCI neonatos
- j) Egreso cama UCI pediátrica
- k) Egreso cama UCI intermedios adultos
- l) Egreso cama UCI intermedios neonatos
- m) Egreso cama UCI intermedios pediátricos

Cirugía:

- a) Quirófano básico, parto y cesárea
- b) Quirófano especializado grupos 2 al 6
- c) Quirófano especializado grupos 7 al 10
- d) Quirófano especializado grupos 11 al 13
- e) Quirófano especializado grupos 20 al 23
- f) Quirófano supraespecializado grupos 2 al 6
- g) Quirófano supraespecializado grupos 7 al 10
- h) Quirófano supraespecializado grupos 11 al 13
- i) Quirófano supraespecializado grupos 20 al 23

12. ¿Cómo se calcularon los valores estimados en el nuevo modelo de remuneración?

Se calcularon con base en la información de 2015 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. El equipo técnico del nuevo modelo de remuneración va a realizar los ajustes anualmente.

13. ¿Qué mecanismos establece el nuevo modelo de remuneración para que las cuatro subredes logren la eficiencia planteada?

- Un valor estimado a reconocer por los servicios prestados, y calculado con base en costos, producción y rendimiento eficiente. Por lo tanto, para la subred que logre eficiencia el valor estimado será competitivo, y para la subred que sea ineficiente el valor estimado generará déficit.
- Las sendas o mecanismo de cumplimiento gradual de la eficiencia en el tiempo, establecidas para cada subred.
- Entrega de incentivos monetarios adicionales por cumplimiento de indicadores de calidad e impacto en la salud de las comunidades.

14. ¿Cómo se determinaron los costos unitarios para las actividades finales en cada una de las 22 Unidades de Servicios de Salud de la red pública del Distrito?

Para la determinación de los costos discriminados por cada cargo se tomaron como fuente de información los informes radicados por las 22 USS, según lo normado por la Resolución DDC-00002 de 2014 de la Secretaría Distrital de Hacienda.

El proceso fue el siguiente:

- Definición de las tres actividades finales (consulta, hospitalización y cirugía) para las que aplica la nueva forma de pago.
- Homologación de la codificación de centros de costos, de acuerdo con la Resolución DDC-0002 de 2014 con las tres actividades finales según su tipología.
- Definición de la clasificación de los 27 recursos con relación a cada uno de los cargos (disponibilidad, variable, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de ambulancia en lo referente a los traslados secundarios y administrativo).
- Consolidación de los costos por actividad final según la clasificación de tipología, por ESE, nivel, subred y cargos.
- Homologación entre los centros de costos de la mencionada Resolución frente a Capacidad Instalada y Producción (CIP) por actividad final, según la clasificación de tipología, por ESE, nivel, subred y cargos.

15. ¿Cómo se determinó el rendimiento de 2015 por actividad final en cada una de las 22 Unidades de Servicios de Salud de la red pública del Distrito?

• Consulta

El rendimiento en consulta se determinó comparando la producción observada con la capacidad de producción, así:

$$\text{Rendimiento} = \frac{\text{Producción observada}}{\text{Capacidad de producción}} \times 100$$

El rendimiento de la consulta en relación a la capacidad instalada en talento humano e infraestructura, se determinó calculando la capacidad máxima de producción de consulta por cada uno de estos recursos y seleccionando el mínimo entre los dos por cada especialidad.

La capacidad de producción en consulta se determinó seleccionando la mínima capacidad de producción entre la capacidad por talento humano y la capacidad por infraestructura por cada especialidad.

- **Hospitalización**

El rendimiento de la hospitalización se determinó con relación a la capacidad instalada en infraestructura. Es decir, se empleó como capacidad instalada el promedio de camas reportadas por cada Unidad Funcional (ya que este varía según la capacidad habilitada e inscrita en el REPS por la dinámica intrínseca de los servicios de hospitalización en los cuales se inhabilitan y expanden camas permanentemente). De esta forma, se identificaron por unidad funcional y por subred los indicadores de porcentaje ocupacional, giro cama y promedio día estancia en la producción observada.

El porcentaje ocupacional fue seleccionado como el indicador de rendimiento en hospitalización. Aunque este indicador (a diferencia del giro cama) no es el más exigente en términos de rendimiento, la nueva forma de pago plantea estimular en primera instancia la ocupación óptima de los servicios (90%), de forma directa a través de la tarifa, y estimular el giro cama adecuado mediante incentivos.

- **Cirugía**

El rendimiento de la cirugía también fue definido con base en la capacidad instalada en infraestructura. Por consiguiente, se relacionó la cantidad máxima de horas de salas descrita en el anexo técnico del manual tarifario por grupo quirúrgico con la cantidad de cirugías realizadas por grupo, por especialidad, por unidad funcional y por subred, estimando así el tiempo total ocupado de quirófano con la producción observada de esta actividad.

Una vez hallado el tiempo total ocupado de quirófano, se determinó el rendimiento comparando este tiempo con el uso máximo, que sería de 24 horas día, 365 días año.

$$\text{Rendimiento} = \frac{\text{Tiempo total ocupado de quirófano}}{8760 \text{ horas año}} \times 100$$

16. Determinación de la producción esperada por cada actividad en función de la capacidad instalada actual de la red:

Es necesario tener en cuenta que un insumo esencial en el cálculo del valor estimado es el costo unitario de la actividad final producida durante el periodo, producto del cálculo: Costos totales / Unidades producidas. Por esta razón resulta fundamental identificar la producción total en el periodo 2015 para cada actividad final y, a su vez, por cada unidad funcional y subred, la cual se denominará en adelante "producción observada".

Para determinar la producción esperada por cada actividad final en función de la capacidad instalada actual de la red fue necesario primero es-

tablecer la producción y el rendimiento de 2015 por cada actividad, de la siguiente manera:

- a. Fijación de la producción y el rendimiento esperados por cada actividad en función de la capacidad instalada actual de la red con la nueva forma de pago:

Con el propósito de que la producción de cada subred (a partir de un aprovechamiento óptimo de su capacidad instalada) cubra la totalidad de sus gastos, el valor estimado se calculará sobre este rendimiento para cada una de las actividades finales (consulta, hospitalización y cirugía). Sin embargo, como las 22 USS y las cuatro subredes se encuentran en porcentajes de rendimiento diferentes (por servicio y especialidad) no es posible seleccionar un porcentaje de rendimiento único ideal; por este motivo es necesario determinar una meta específica para cada USS en función de su rendimiento actual y el rendimiento de las demás USS que ofertan el mismo servicio.

Al ordenar los rendimientos de todas las USS por tipología de actividad final y aplicarles la estadística descriptiva, se identificaron los rendimientos medianos de la red para cada actividad, la desviación estándar y demás medidas de tendencia central, con base en lo cual se plantearon las metas de producción bajo las siguientes tres premisas:

- Rendimientos por debajo del rendimiento mediano de la red (entendido como el valor central en el grupo de rendimientos ordenados) tienen como meta tender a alcanzar el rendimiento mediano.
- Rendimientos por encima del 90% deben tender a disminuir su ocupación hasta el 90%. Esta es la meta, ya que ocupaciones por encima de este porcentaje atentan contra la calidad en la atención.
- Rendimientos por encima del rendimiento mediano de la red, pero por debajo del 90% de ocupación (para las tipologías en las que la mediana es diferente al 90%) tienen como meta tender a alcanzar el 90% de ocupación.

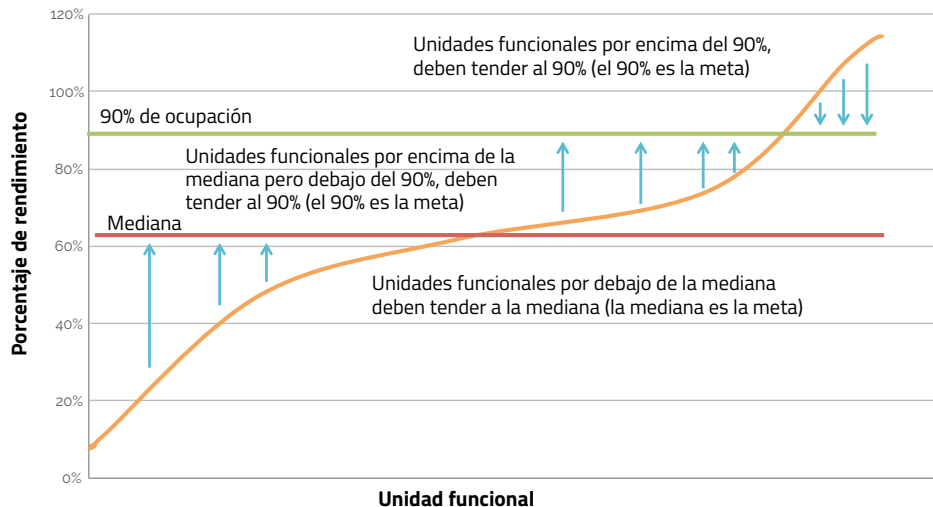
Metodología implementada:

1. Una vez determinado el rendimiento mediano por actividad final en la red, se identificó el rendimiento esperado (meta) de cada USS y subred, teniendo en cuenta las tres premisas descritas, tal como se visualiza en la gráfica 1.
2. Conforme a la gráfica, se proyectó la producción con la siguiente fórmula:

$$\text{Producción esperada} = \frac{\text{Producción observada} \times \% \text{Rendimiento esperado}}{\% \text{Rendimiento observado}}$$

Gráfica 1

Proyección de producción esperada según rendimiento



Fuente: Grupo Forma de Pago

17. ¿Todas las actividades en salud se pueden pagar por medio de este nuevo modelo de remuneración?

No. Existen algunas actividades que no se pueden asimilar a los valores estimados dentro del nuevo modelo de pago y cuyo costo no se encuentran incluido por dos razones:

- Outlier* (fuera de rango): Actividades que dentro de la totalidad de servicios ofertados tienen baja frecuencia y alto costo (ver numeral 7. Metodología para el cálculo del costo unitario de las actividades finales), pero, de igual manera, deben ser prestados dentro del concepto de integralidad de la atención en la salud; por lo tanto, deben tener un tratamiento diferencial en el reconocimiento, a saber: oncología, quemados e implante coclear.
- Sin costo en la tarifa seleccionada: Corresponde a actividades realizadas por las subredes que no reflejaron costo en la tarifa del hospital seleccionado como tarifa eficiente, dentro de las cuales se encuentran.

#	TIPO DE ACTIVIDAD NO INCLUIDA
1	Litotripsia urológica
2	Resonancia magnética nuclear
3	Polisomnografía

#	TIPO DE ACTIVIDAD NO INCLUIDA
4	Fibrobroncoscopia
5	Electroencefalograma
6	Colposcopia
7	Pruebas de esfuerzo
8	Holter
9	Espirometría
10	Electromiografía
11	Diálisis
12	Mamografía
13	Artroscopia
14	Visiometría, Pruebas de optometría y pruebas de audiología
15	Biopsia dermatología
16	Crioterapias dermatología
17	Pruebas de urología
18	Urodinamia
19	Hemodinamia
20	Pruebas cardiacas invasivas
21	Nuclear y radio
22	Quimio

Fuente: Equipo PGP-AFID.

El mecanismo planteado para su pago es:

- Identificación de los servicios que cumplen esta condición.
- Ubicación de las unidades donde son prestados estos servicios.
- Negociación de la tarifa por evento según el manual tarifario SOAT vigente menos un porcentaje.

18. ¿Cuál es el objetivo de las sendas de costos y producción que deben cumplir las subredes?

Lograr en las USS niveles eficientes de operación, por medio de cambios progresivos en los sobrecostos y en la capacidad de producción, junto a la mejora en la calidad de los servicios.

19. ¿Cómo se calculan las sendas de costos y producción por subred para que la tarifa sea competitiva?

Realizando el cálculo del cambio porcentual trimestral que debe existir en la producción y en el costo para alcanzar su nivel óptimo (Capacidad instalada/Tarifa eficiente). Este cálculo se realizó con la fórmula de tasa anual compuesta.

20. ¿Qué es la protección específica?

Es el 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.

21. ¿Qué procedimientos o actividades comprende la protección específica?

- a) Vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- b) Atención preventiva en salud bucal.
- c) Atención del parto.
- d) Atención al recién nacido.
- e) Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

22. ¿Qué es la detección temprana?

Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar de forma oportuna y efectiva la enfermedad, al facilitar su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

23. ¿Qué actividades comprende la detección temprana?

- a) Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años).
- b) Alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- c) Alteraciones del embarazo
- d) Alteraciones del adulto (mayor de 45 años)
- e) Cáncer de cuello uterino
- f) Cáncer de seno.
- g) Alteraciones de la agudeza visual.

24. ¿Cómo se calcularon los valores estimados de Protección Específica y Detección Temprana (PyD)?

En comité directivo de red, se acordó reconocer una tarifa por evento a manual tarifario SOAT vigente menos 45 %, a un tope del 4 % del valor total de la UPC y sobre metas acordadas por las partes.

Nota: Las actividades PyD de control prenatal, atención del parto y recién nacido se pagan por actividad final en la forma señalada en este manual.

25. ¿Qué tipo de glosas genera la nueva forma de pago?

Se realizará giro directo menos un porcentaje de reserva glosa inicial, teniendo como punto de partida el histórico de glosa definitiva presente en cada una de las subredes, y menos un porcentaje a definir por concepto de incentivos en el cumplimiento de costos, producción e indicadores de calidad en la atención e impacto en la salud pública. Estos porcentajes, así como el giro total, se definirán cada tres meses, una vez las subredes presenten la información de costos, producción e indicadores en los formatos destinados para tal fin.

26. ¿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.



