

ELECTIVA CUENTAS MÉDICAS Y CONCILIACIONES

Brigid Sánchez

EJE 3

Pongamos en práctica

Introducción	3
Contratación en salud.	4
Modelos de contratación en salud	6
Pago por evento	6
Pago por capitación	6
Pago prospectivo	7
Métodos combinados de pago o contratación combinada	8
Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)	8
Tarifa por casos.	9
Otros métodos de contratación	10
El método de pago por resultados	11
Sistema Secop.	12
Ley de Transparencia en la Contratación (Ley 1712 de 2014)	13
Los planes de beneficios	13
Negación de servicios	16
Pago de cuentas por capitación	17
Cuentas SOAT	18
Proceso para pago de cuentas por evento y SOAT.	19
Liquidación de contratos.	20
Bibliografía	21

¿Cuáles son las modalidades de contratación en salud en Colombia?

La contratación de servicios de salud es un proceso de gran relevancia para garantizar una adecuada práctica financiera de cualquier institución del sector salud, considerando la estructura del sistema de salud, las tarifas actuales de los manuales tarifarios u otros factores relacionados, se hace necesario dentro de la auditoría de cuentas medicas conocer aspectos básicos de las distintas modalidades de contratación en Colombia.

El eje 3 de cuentas médicas se basa en una comparación de los diferentes sistemas de contratación existentes y proyecta un resumen académico que le ayuda al estudiante a desarrollar las competencias solicitadas para el adecuado desempeño en la contratación de los servicios de salud.



Instrucción

Lo invitamos a observar el mapa mental que encontrará en los recursos de aprendizaje.

Contratación en salud



Para profundizar en el tema de contratación en salud colombiana es conveniente conocer algunos términos que se utilizan con frecuencia y nos ayudan a entender y desarrollar de forma adecuada el módulo:

Asegurador: se entiende bajo esta denominación al responsable del pago de la cuenta. Asimismo, se incluye bajo este término todo lo que en la normatividad vigente se refiere a EPS, ARL, EAPB u otros responsables de pago del servicio de salud o prestaciones del usuario.

IPS: se refiere a todas las clínicas, centros de atención médica u odontológica y hospitales de la red pública y privada.

IPS ambulatoria: es una IPS que no prestan servicios de hospitalización.

EPS: son las empresas que promueven y realizan afiliación al sistema de salud, es allí donde se generan autorizaciones, pagos y demás trámites administrativos.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, que tienen como objetivo garantizar los servicios de salud de la población colombiana.

Entidades territoriales: son instituciones que cuentan con autonomía administrativa y financiera cuyo propósito es orientar las políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de las personas de su correspondiente región o territorio (Sgssc, 2015).

Contrarreferencia: es el proceso de respuesta que es dada el prestador de servicios de salud, con las indicaciones a seguir, tratamiento que se prestó y demás resultados de apoyo diagnóstico realizado.

Remisión: es el proceso de envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otra institución o clínica.

Usuario: hace mención a los pacientes que utilizan los servicios de salud, ya sea privado o público.

Después de conocer los términos que se relacionan con el proceso de contratación en salud, desarrollaremos los tipos de contratación.



Instrucción

Antes de comenzar lo invitamos a realizar el crucigrama.

Pago por evento

Es un tipo de contratación mediante la cual un asegurador paga a una IPS, una tarifa por cada evento de salud que presenten cada uno de sus afiliados, este tipo directo de pago es donde cada tarea clínica o procedimiento es cobrado de manera individual cuando sea requerido por el usuario de una EPS.



Figura 1.

Fuente: goo.gl/pgQGXg

Pago por capitación

La capitación como medio de pago y contratación se basa en un pago periódico a las IPS, de una determinada suma de efectivo para la garantía de la prestación de actividades y procedimientos del POS, es ampliamente utilizada para la prestación de servicios de promoción y prevención con el fin de atender un número determinado de usuarios fijos cada mes.



Figura 2.

Fuente: goo.gl/scdUYT

Pago prospectivo

Es una modalidad de pago que consiste en una suma global que se establece por anticipado para cubrir el gasto corriente de unos o varios servicios agrupados durante un período de tiempo determinado y pactado previamente entre el asegurador y la IPS. Esta suma fija es pagada al prestador IPS, para garantizar el acceso a los usuarios, independiente del volumen de servicios prestados, se utiliza en escenarios con alto volumen de servicios y que son electivos programables, las actividades adicionales se pagan considerando el costo de la atención realizada.

Para este tipo de pago prospectivo se debe tener en cuenta en el momento de la planeación de contrato aspectos básicos de la IPS como, el número de camas, la estancia hospitalaria y el personal con el que se cuenta, así como el número de casos contratados y la tarifa por parte de la EPS.

El siguiente gráfico resume los aspectos anteriormente nombrados, se sugiere analizar el mismo para desarrollar el conocimiento en este tipo de contratación.

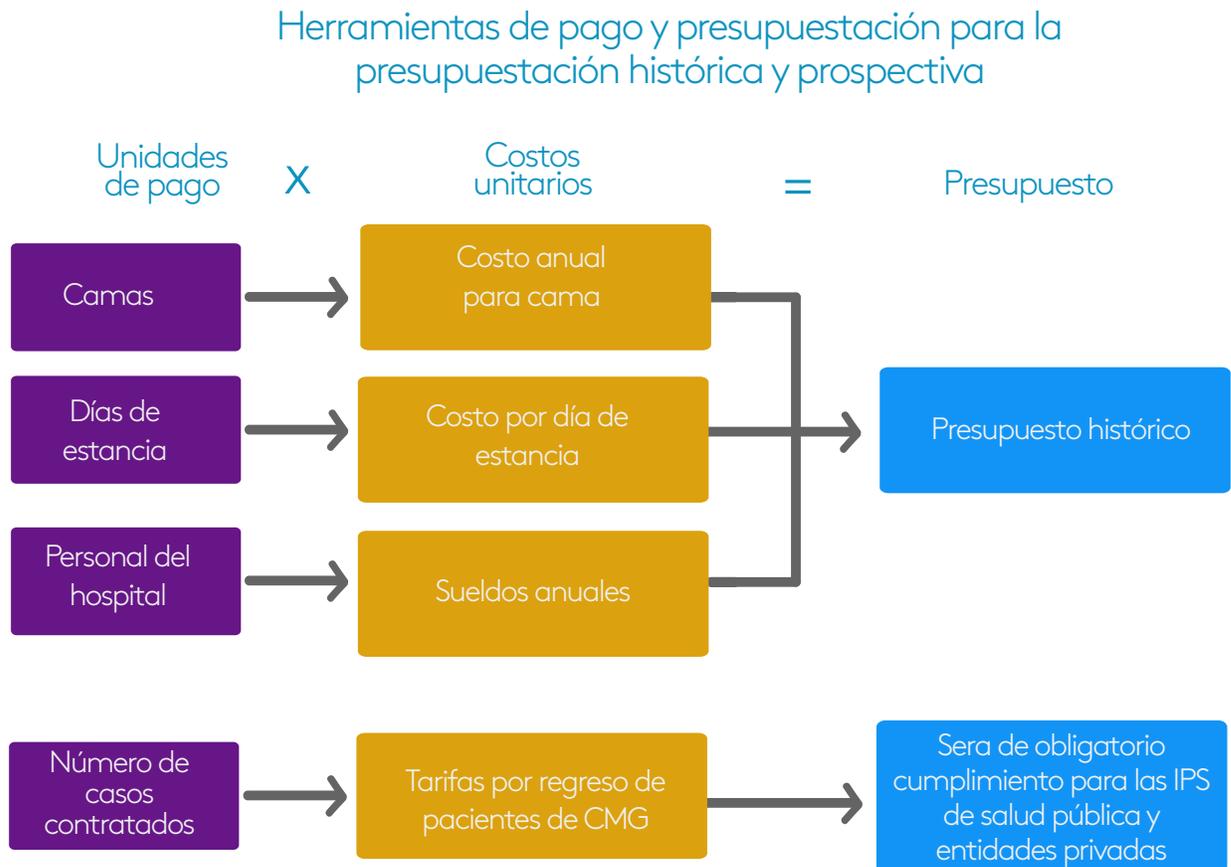


Figura 3.
Fuente: Alexander Telyukov

Proveen otro ejemplo de pago prospectivo, pero incluyendo un elemento retrospectivo dado que los pacientes asignados a determinado grupo dependen en gran medida del tipo de procedimiento quirúrgico que han recibido (McClellan, 1997). En la medida que el mercado de salud crece, el pago por actividad (evento) y por capitación se han ido mezclando para remunerar servicios médicos prestados a los usuarios.

Tarifa por casos

Otra modalidad de pago muy sonada para el pago a especialistas se fundamenta en la metodología de pagos por episodio de enfermedad. Se ha usado durante mucho tiempo en el contexto quirúrgico, donde al cirujano se le reconoce un valor por las actividades preoperatorias, el procedimiento mismo y el seguimiento posoperatorio, en los que se contrata a la IPS a una tarifa fija por episodio de cuidado (admisión) y a los pagos prospectivos usados más recientemente por Medicare para servicios hospitalarios ambulatorios. Los pagos por caso proveen medios más allá del pago por actividad y de la capitación para inducir incentivos en los prestadores.



Figura 5.
Fuente: <https://goo.gl/UAXtmD>

Otros métodos de contratación





Instrucción

Para comenzar lo invitamos a realizar la siguiente actividad.

El método de pago por resultados

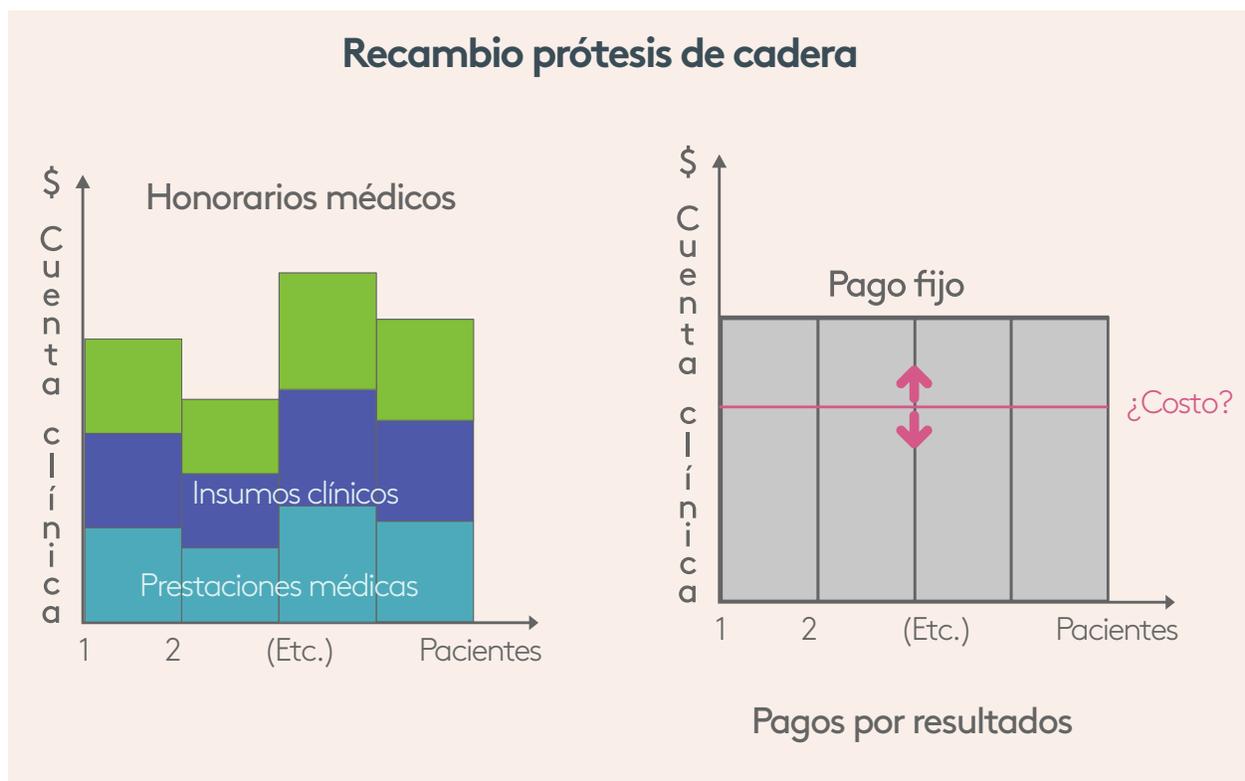


Figura 6.
Fuente: Pago por resultados

Este modelo engloba cuatro elementos (mano de obra médica y odontológica, edificaciones y tierras). Este tipo de pago por incentivos es una mezcla de casos debido a la calidad de la información disponible y el costo de oportunidad entre incentivar el desempeño en el nivel básico versus invertir en nueva tecnología. En estos casos todas las EPS pagan la misma tarifa por determinadas actividades a los prestadores; actividades adicionales seleccionadas atraen financiación adicional, si el número de actividades ejecutadas es menor al esperado estos deben devolver recursos, es un modelo de pago muy utilizado en Inglaterra y Cuba.

Organizaciones prestadoras rendidoras de cuentas “Accountable Care Organizations (ACO) en los Estados Unidos”:

Las ACO, corresponden a grupos de prestadores contratados y responsables de rendir cuentas por la calidad y costos de atención de los usuarios asignados. Estas pueden ser hospitales u organizaciones de profesionales, incluyen médicos de atención primaria, deben garantizar la continuidad de la ruta de atención, monitorear y proveer información sobre la calidad de la atención.

Sistema Secop

El sistema Secop es una herramienta del sistema de salud colombiano que permite difundir los escritos y documentos del proceso contractual, y validar la información por conjunto de selección, entidad contratante, contratista y valor del contrato. El Secop está disponible para consultar la actividad contractual que se lleva a cabo con recursos públicos.

Funciona por medio de licitaciones y está regido por la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 4170 de 2011.



Figura 7.
Fuente: goo.gl/M5DpLf

Ley de Transparencia en la Contratación (Ley 1712 de 2014)

En esta ley se controla el derecho al acceso de la información pública, los procesos para el ejercicio y la garantía del derecho, así como las excepciones a la publicidad de información.

Estipula la política pública de acceso a la información. El diseño, promoción e implementación de la política pública de acceso a la información, estará a cargo de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Ministerio de Tecnología de la Información y Comunicaciones, el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Archivo General de la Nación y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, artículo 32).



Lectura recomendada

ABC de la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional

Presidencia

Los planes de beneficios



Lectura recomendada

Resolución 5591 de 2015

Ministerio de Salud y Protección Social



Figura 8.
Fuente: Shutterstock/185703392

Son el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que se brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar la salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de la incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad y la incapacidad, discapacidad o invalidez derivada de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Son siete los planes de beneficios.

Cada individuo se relaciona con en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, según una de las siguientes categorías: cotizante (trabajador que paga al sistema un porcentaje de su salario para la atención en salud), beneficiario (miembro del grupo familiar beneficiario del cotizante), subsidiado o vinculado.

Plan de Atención Básica (PAB): es el plan brindado por el Estado, contiene acciones individuales y colectivas de información, educación para salud, prevención primaria y diagnóstico precoz de enfermedades con gran influencia en la salud colectiva.

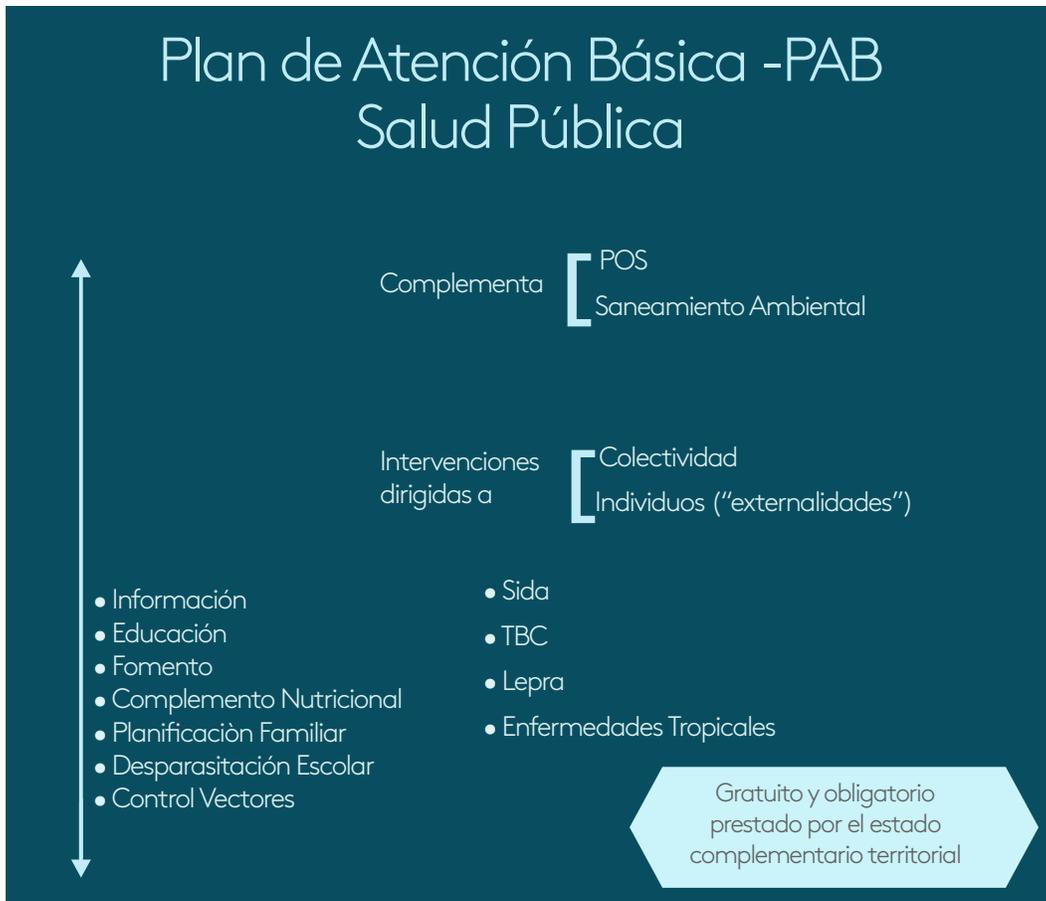


Figura 9.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos. SOAT: el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza el pago de la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga).



Figura 10.

Fuente: goo.gl/K6ien1

Atención de urgencias: todas las empresas o instituciones que presten los servicios de urgencias, deben atender obligatoriamente a los casos de personas con urgencias vitales.

Planes Complementarios en Salud (PAC): son programas alternativos al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS), brindado en forma prepago, y que requiere vinculación previa de la persona o usuario.

Atención materno infantil: es un programa obligatoria prestación que es ofrecida por el Estado, en la población materna y hasta los cinco años de edad.

Negación de servicios

Se presenta cuando hay negación del servicio y/o medicamentos la Entidad Prestadora de Salud y las Entidades Promotoras de Salud debe informar por escrito al usuario el motivo por el cual no puede cubrir la necesidad del afectado, a través del Formato de Negación de Servicios que debe estar firmado por un profesional de la salud.

El Formato de Negación de Servicios debe contar con información veraz, oportuna y de calidad que garantice que con la negación no se está obstaculizando el tratamiento o servicio del afiliado.

La resolución 744 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social adopta el registro de negación de servicios médicos por parte de las empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y demás entidades obligadas a compensar.



Lectura recomendada

Se sugiere para complementar analizar la lectura de negación de servicios.

[Los servicios que las EPS niegan](#)

Redacción Judicial, El Espectador

Pago de cuentas por capitación

El pago por capitación para las IPS que contratan de esta manera se realiza por el pago de la UPC (Unidad de Pago per Cápita), que reconoce el Sgsss a las EPS o EOC, departamentos, municipios, EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado. Esta unidad se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y es definida anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio.

En el siguiente esquema se muestra el sistema de pago por capitación utilizado por el Sistema de Salud Colombiano:



Figura 11.

Fuente: Francisco J. Yepes, Manuel Ramírez, Luz Helena Sánchez, Marta Lucía Ramírez, Iván Jaramillo

Cuentas SOAT

El SOAT es un seguro que deben adquirir todos los vehículos automotores ya que la ley lo obliga, solamente ampara los daños corporales causados a todas las personas involucradas en un accidente de tránsito, sin importar que sean peatones, pasajeros o conductores.

Para la facturación de las cuentas de pacientes que ingresan por accidentes de tránsito o enfermedades catastróficas se utiliza el Manual SOAT, Manual Tarifario SOAT el cual es de amplia utilidad, para iniciar las negociaciones entre EPS y prestadores de servicios de salud y su futura facturación.

Este documento determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario SOAT.

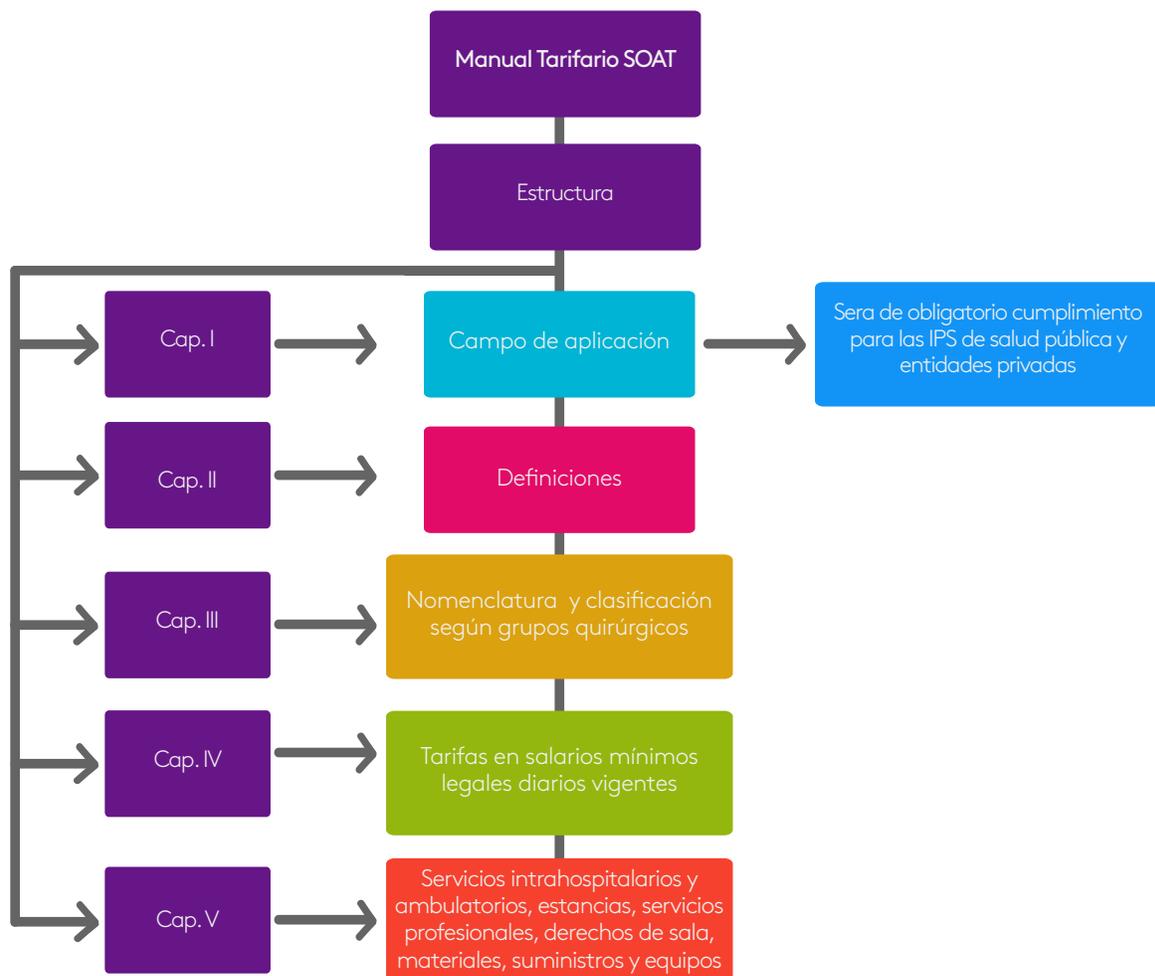


Figura 12. Esquema SOAT
Fuente: tomado del costeo hospitalario SENA

Proceso para pago de cuentas por evento y SOAT

Al prestar servicios de salud las IPS generan la cuenta para el pago de los servicios prestados al usuario en manera de factura, la cual es presentado a las aseguradoras ya sea una EPS, Fosyga o al SOAT.

Esta modalidad es utilizada para contratación por evento.

A continuación, se muestra el esquema de realización para pago de cuentas por evento en el Sistema de Salud Colombiano.

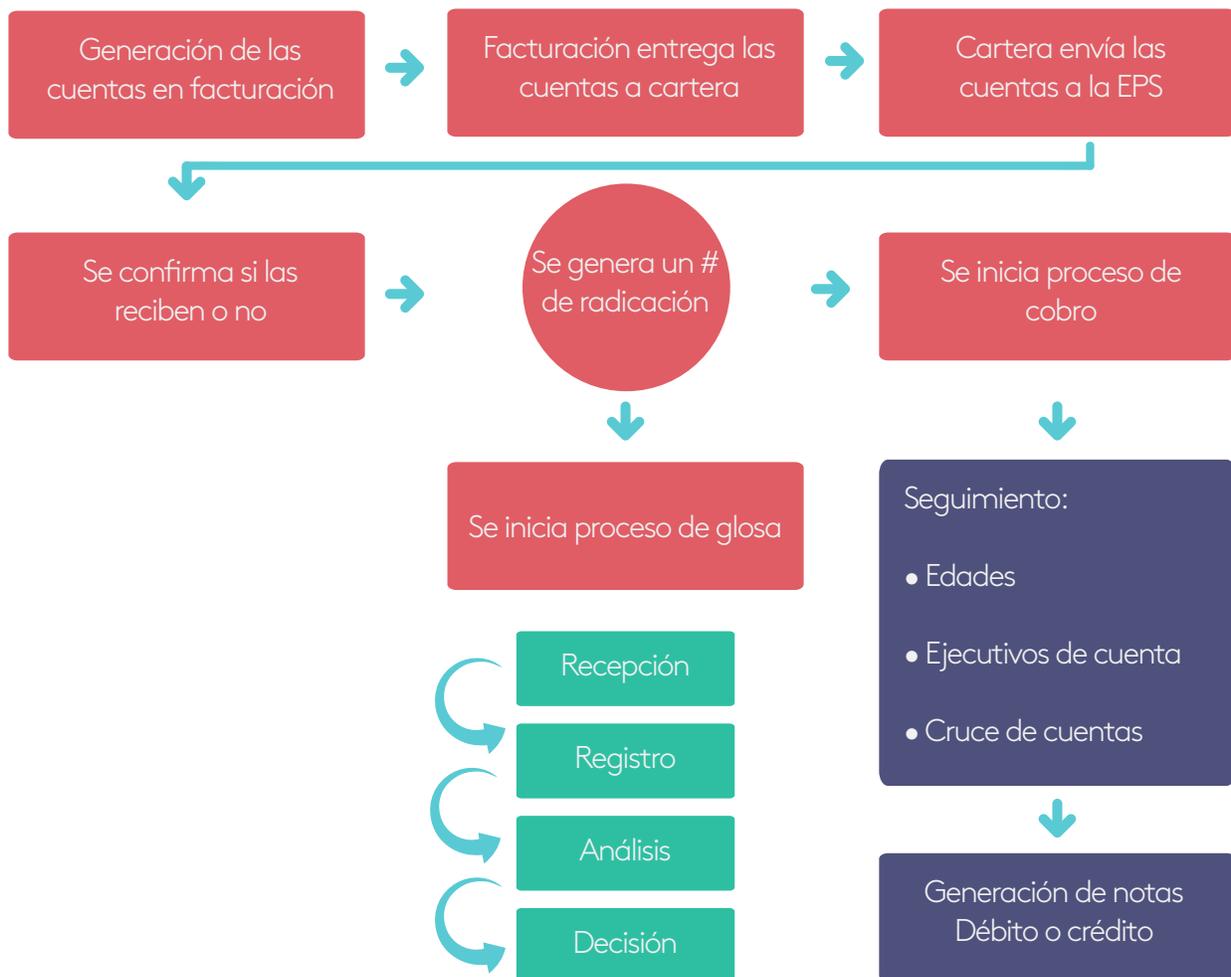


Figura 13. Esquema de pago del sistema de salud colombiano
Fuente: propia

Liquidación de contratos

Los contratos celebrados con personas naturales o jurídicas con el objeto de prestar el servicio de salud, están determinados jurídicamente como un acuerdo de voluntades, razón por la cual es preciso indicar que el literal f) del artículo 3 del Decreto 4747 de 2007, define el acuerdo de voluntades de prestación de servicios, así:

”

Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen (Decreto 4747, 2007).

En materia de liquidación de contratos del Régimen Subsidiado, observamos, que estos tienen por objeto el aseguramiento de la población beneficiaria en cada jurisdicción, lo cual involucra directamente, por parte de las EPS la función básica de ordenar y garantizar la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud a todos los afiliados y, en consecuencia, garantizar con los recursos provenientes de las UPC-S, el cubrimiento del riesgo en salud de los afiliados y el desarrollo de las demás obligaciones establecidas en los contratos y en la normatividad vigente para el Régimen Subsidiado (Consultor Salud, 2017).



Instrucción

Para finalizar lo invitamos a realizar la siguiente actividad evaluativa.

Campo Alto. (s. f.). *Manual ISS*. Recuperado de <http://admon-salud-campoalto.webnode.com.co/manual-iss/>

Consultor Salud. (2017). *Liquidación de contratos del RS*. Recuperado de <http://www.consultorsalud.com/liquidacion-de-contratos-del-rs>

Instituto de Seguros Sociales ISS. (2001). *Manual ISS*. Recuperado de <http://www.hrd.gov.co/documentos/facturacion/MANUAL%20DE%20FACTURACION%202013/TARIFAS%20ISS%20-01%20AC256.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Manual Único de Glosas*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047-08%20y%20416-09.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Lineamientos Técnicos RIPS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20T%C3%A9cnicos%20para%20EAPB%2009092013.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Preguntas frecuentes RIPS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2017). *Copagos y cuotas moderadoras*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/cuotas-moderadoras-y-copagos-2017.pdf>

McClellan, M. (1997). *Hospital Reimbursement Incentives: An Empirical Analysis*. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1430-9134.1997.00091.x/abstract>

Sgssc. (2015). *¿Quiénes son las Entidades Territoriales de Salud (ETS)?* Recuperado de <http://sgsss.hol.es/portafolio/quienes-son-las-entidades-territoriales-de-salud-ets/>