

ALICIA CONSTANZA CAÑÓN

Médico, Especialista en gerencia en salud, gerencia de sistemas de gestión de calidad, gestión de riesgo.

**Conferencista y docente internacional.
Senior Health Consultant**

“CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD”

MODULO III MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y PAGO

Docencia y Formación: Centro Estratégico de Proyectos, CAMIPER Perú.

Recomendaciones para el adecuado manejo del riesgo financiero



Recomendaciones

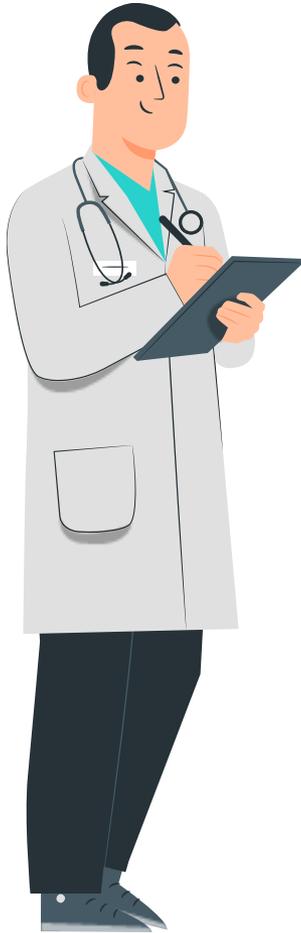
- Si los actores del sistema de salud no manejan el concepto de riesgo financiero, podrían establecer modalidades de contratación y pago, sin tener la dimensión de las implicaciones no solo operativas sino del manejo adecuado de recursos.
- El no manejo adecuado del riesgo financiero aunado a un manejo no adecuado de la gestión de riesgo, *indefectiblemente terminaran en mayor incidencia de eventos y condiciones médicas no controladas que en ultimas representan mayores costos médicos.*

Recomendaciones

- El riesgo en salud y el riesgo financiero usualmente pueden coincidir, en algunas patologías.
- Cuando se pretende gestionar el riesgo en salud es imperativo gestionar los riesgos financieros así estos no coincidan.
- Errores: las entidades solo se detienen a analizar los costos por servicios perdiendo el concepto de análisis de costo por persona (lo que se gestiona en salud son riesgos individuales en una población).

Recomendaciones

- Si se cuenta con una estimación de costo de una población con un grupo de riesgo específico si se divide por el número de personas que padecen esta patología se podrá saber el costo promedio por persona en el tiempo analizado.
- En algunos grupos de riesgo como huérfanas es vital realizar esta determinación dado que podemos identificar si las desviaciones corresponden al comportamiento normal de la enfermedad o si esto corresponde a desperdicios en salud y como en su mayoría estas cohortes no tienen un gran número de personas puede ser más fácil realizar su monitoreo en el tiempo.



**Aspectos que afectan
directamente el costo
médico general y
específico por persona**

Selección adversa

- Este fenómeno proviene de una ventaja informacional de los asegurados. Por ejemplo: los asegurados omiten información de problemas de salud, alteraciones genéticas, problemas hereditarios, etc.
- Como el asegurador no conoce esa información privada de sus asegurados no pueden proponer contratos calculados de manera individual sino sobre riesgo promedio de la población o sobre algunas variables fácilmente observables (edad, genero, otros).
- La prima por usuario (UPC) es promedio y no tiene en cuenta esos factores
- La obligatoriedad de seguro evita seleccionar el riesgo bajo y poner barreras de afiliación a individuos con riesgo alto, de esta manera es viable diluir el riesgo en toda la población.

Selección adversa

- En Colombia existe libertad de elección de asegurador.
- Aseguradores con **mayor siniestralidad y mayores riesgos en salud que van a tener mayores costos.**
- No pueden controlar esas variables y por tanto al realizar las estimaciones de costo médico general y por persona año serán diferentes de uno a otro asegurador.

Riesgo primario

Variación en el número de situaciones médicas que presenta una población o individuo durante un periodo de tiempo y de acuerdo con la severidad de estas.

- La variación del riesgo primario se puede establecer mediante la incidencia y prevalencia de un grupo de riesgo o patología en las poblaciones asignadas se ***recomienda no solo estimar la general si realizar una mayor desagregación a grupos de riesgo e incluso patologías específicas, entre otros.**

Riesgo primario

El otro componente del riesgo primario es la severidad de la situación médica

Por eso es importante no solo determinar la situación médica sino también establecer grados de severidad que tendrán costos diferentes.

* La intervención del primer componente del riesgo primario la incidencia, es difícil disminuirlo sería mejor hablar de intervenirlo, se realiza mediante modelos de promoción y prevención, también mediante modelos predictivos. La severidad

Riesgo técnico

Cuando ocurre un episodio de atención, la variación del consumo de recursos para responder a las necesidades derivadas de este episodio se denomina riesgo técnico.

Riesgo técnico

Se presume que, **si dos pacientes tienen una misma situación de salud con similar severidad**, pero dependiendo los prestadores y sus modelos de riesgo en salud pueden mostrar grandes diferencias en el uso los servicios (procedimientos, medicamentos y dispositivos médicos), simplemente porque la variabilidad clínica es mucha y posiblemente no tienen una guía o protocolo o manejo clínico estipulado.

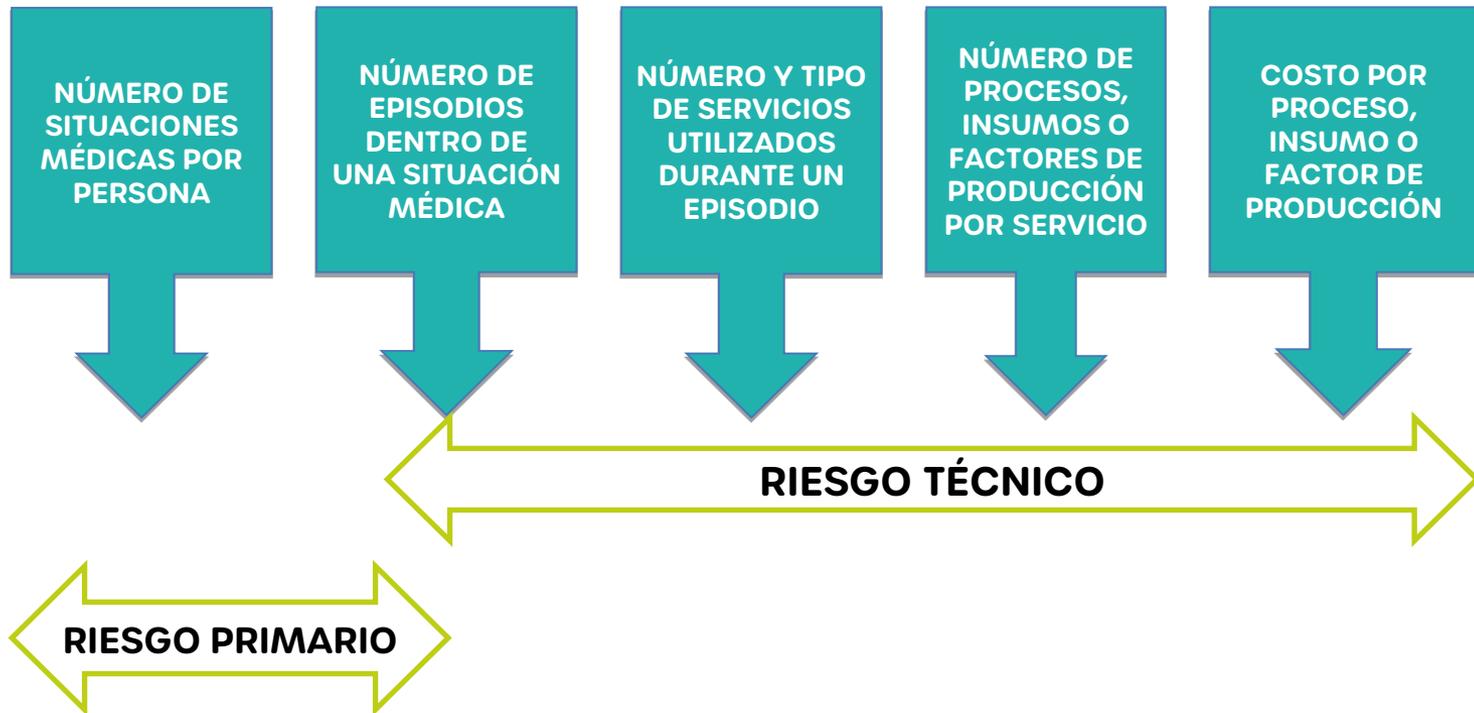
Riesgo técnico

Es importante que esto se analice en la contratación, para dimensionar que prestadores tienen procesos y programas de riesgo en salud estructurados que realicen la gestión adecuada de los recursos, si no existe una concertación de manejos clínicos previos a la contratación o incluida en esta, la variabilidad clínica se traducirá en variabilidad financiera.

Riesgo técnico vs Riesgo primario

Para estos casos las situaciones médicas evitables corresponderán a riesgo técnico mientras que las no evitables se considerarán riesgo primario. Lo anterior se evidencia en el siguiente gráfico.

Costo por persona año



BASADO EN MILLER HD (2008). FROM VOLUMEN TO VALUE: TRANSFORMING HEALTH CARE PAYMENT AND DELIVERY SYSTEMS TO IMPROVE QUALITY AND REDUCE COSTS.

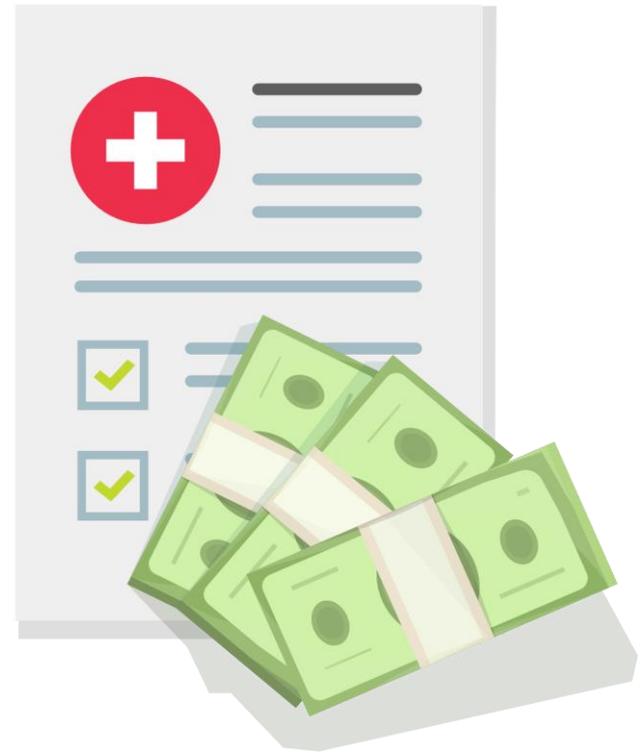
Riesgo moral

- Corresponde a un comportamiento oportunista en donde una de las partes busca su propio *beneficio* a costa de que la otra no pueda observar o estar informada de su conducta.
- Aparece en el aseguramiento por la *información asimétrica* que este sector maneja. Una de las partes puede tener información privada acerca de su conducta mientras que otros no pueden obtener esta información.
- Ante esta asimetría, los individuos o los actores toman mayores riesgos, realizan menores esfuerzos o se aprovechan de determinadas circunstancias ya que saben que el costo de sus acciones recaerá sobre otras personas o actores.
- El desconocimiento de la información va directamente contra el riesgo financiero generado por los gastos de salud aumentando la magnitud de este riesgo.

Comorbilidades, pluripatologías y comportamiento de individuos

- Otro elemento que afecta el costo por persona año y que se constituye en uno de los errores más frecuentes al realizar las estimaciones de costos es que una sola persona puede tener más de una situación de salud y una o varias de estas condiciones de salud pueden producir episodios de exacerbación o complicaciones. En este caso se recomienda realizar una cohorte de personas con pluripatologías y monitorearlas de manera integral tanto en lo clínico como en los costos.
- Por último, otro elemento que influye en el costo por persona es el comportamiento de los individuos por dar un ejemplo zonas de violencia, individuos temerarios que practican por ejemplo deportes, si bien muchos de estos comportamientos no son totalmente intervenibles si se deben tener en cuenta en la construcción de modelos integrales de gestión de riesgo para favorecer la adherencia.

Mecanismos de pago



Marco de referencia de sistemas de pago

- Están relacionados con la eficiencia y la calidad en el proceso de prestación de servicios de salud. Existen dos tipologías:

FIJOS O VARIABLES

- Al considerar la relación de ingresos con las actividades realizadas.

PROSPECTIVOS O RETROSPECTIVOS

- Si la relación analizada es la de los ingresos con los costos de prestación.

Mecanismos de pago

- **SISTEMA DE PAGO FIJO:** cuando se recibe una suma global fija determinada para un periodo determinado, independiente de la cantidad de actividades realizadas.
- Se pueden generar incentivos para disminuir la cantidad de actividades, pudiendo afectar la calidad de los servicios y acceso a la atención.
- **SISTEMA DE PAGO VARIABLE:** si la variación en el volumen de las actividades lleva a cambios en el valor de los ingresos recibidos.
- Para este caso los incentivos apuntan a incrementar la producción de servicios, hasta que el ingreso marginal sea igual al costo marginal de su prestación, pueden llevar a un incremento injustificado en la producción de servicios.

Mecanismos de pago

- **RETROSPECTIVOS:** Cuando los costos se remuneran una vez se han prestado los servicios.
- **PROSPECTIVOS:** Cuando las tarifas o valores a reconocer se determinan antes, en este caso si existen incentivos buscan mejorar la eficiencia, pero se tiene el riesgo para la disminución del tipo y cantidad de los servicios requeridos.
- Los sistemas de pagos pueden ser analizados de manera combinada, puesto que un sistema de pago retrospectivo es siempre variable, pero no todo sistema de pago variable es retrospectivo. Los sistemas de pago fijos son siempre prospectivos.

Modalidades de contratación



Modalidades de contratación

- Es la forma y el compromiso que adquiere la relación contractual entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud para garantizar la atención en salud de la población objeto, que incorpora unas reglas para el pago.
- El mecanismo de pago, el conjunto de tecnologías en salud contratadas, la operación de la prestación y auditoría de esas tecnologías en salud, las tarifas y precios, y la evaluación de los indicadores pactados, entre otros.

Modalidades de contratación

- **Cápita incluye:**
 - ✓ Tradicional o global.
 - ✓ Parcial.
 - ✓ Ajustada por condiciones médicas.
- **Por servicio o evento:**
 - ✓ Paquetes.
 - ✓ Grd.
 - ✓ Pago por día de hospitalización.
 - ✓ Pago por arrendamiento de camas.
- **Presupuesto global prospectivo**
- **Pago por resultados**
- **Pago por desempeño**



Capitación

Definición

El asegurador le entrega al prestador una suma fija por persona al mes (año o el periodo que definan entre las partes), para que el prestador las necesidades de atención en salud del individuo durante dicho período.

El monto de la capitación se puede establecer:

- En porcentaje de los recursos per cápita que recibe el pagador o
- Como una suma fija basada en costos esperados de la atención en el periodo determinado.

El pago se realiza sin importar que el individuo demande o no atenciones durante el período.

Tipos de capitación

Global

En este caso el prestador es responsable por todas las atenciones que requieran los individuos.

Puede abarcar todos los niveles de contratación.

Parcial

En este caso el prestador es responsable por un conjunto de atenciones que se pueden definir en función de un nivel de complejidad, ámbito de atención, especialidad o servicio, etc.

Definición de las coberturas de la capitación

COSTO POR PERSONA AL AÑO	Número de CONDICIONES médicas por persona	Número de EPISODIOS dentro de una condición médica	Número y tipo de SERVICIOS utilizados durante el episodio	Numero de PROCESOS, INSUMOS O FACTORES DE PRODUCCIÓN por servicio	COSTO por PROCESO, INSUMO O FACTOR DE PRODUCCIÓN
CAPITACIÓN TRADICIONAL					



Transferencia de riesgo

- En la tradicional se transfieren el prestador tanto el riesgo primario como el riesgo técnico, por tal razón se deben implementar estrategias de gestión de riesgo técnico y primario.
- Para control del riesgo primario debe garantizar la disminución de incidencia de condiciones médicas y eventos manteniendo la población en buenas condiciones de salud y por gestión obteniendo excedentes.
- Para control del riesgo técnico se debe gestionar la pertinencia de las decisiones clínicas e implementar estrategias para prevenir la ocurrencia de eventos evitables, lo cual se reflejará en menores frecuencias de episodios, servicios y procesos que también se pueden traducir en excedentes.

TRANSFERENCIA DE RIESGO

CAPITACIÓN GLOBAL:

- ✓ El pagador transfiere la totalidad del riesgo al prestador y este es responsable por satisfacer todas las necesidades en salud de la población asignada. Ej: Capitar todos los niveles de atención. Redes Integradas para ejercer el control de presupuesto.
- ✓ Se requiere la dispersión de riesgo. A mayor número de personas frente a un riesgo dado, la variación de los costos totales tanto por encima como por debajo será menor.

CAPITACION PARCIAL:

- ✓ Se fragmenta por niveles de atención, servicios, especialidades, niveles de complejidad, grupos de riesgo, otros.
- ✓ Se requiere definición clara de coberturas, lo cual implica un reto operativo importante.

Factores negativos de la capitación

- Selección de riesgos (prestador) selección adversa (pagador)
- Creación de barreras de acceso.
- Transferencia de costos al paciente o a otros pagadores de lo que no esté cubierto en la capitación.
- Ausencia de incentivos a reducir la incidencia de hospitalizaciones (básico).
- Reducción de calidad, utilizando insumos o mano de obra más baratos, dejando de prestar los servicios completos o presionando al médico para que minimice la utilización de recursos.
- Negación de servicios clínicamente necesarios.

Recomendaciones generales para el adecuado manejo de la capitación

Por la transferencia del riesgo se generan incentivos positivos y negativos, pero como hacer que predominen los positivos, a continuación, mencionaremos algunas recomendaciones:

ASEGURADOR

- El asegurador no realice este tipo de modalidad de contratación a un prestador que no tenga la capacidad para gestionar este tipo de contratación.

Por tal razón como se mencionó anteriormente lo anterior se mitiga evaluando:

- La capacidad instalada.
- La capacidad de oferta.
- Los servicios habilitados.

Recomendaciones generales para el adecuado manejo de la capitación

Por la transferencia del riesgo se generan incentivos positivos y negativos, pero como hacer que predominen los positivos, a continuación, mencionaremos algunas recomendaciones:

Asegurador

- Establecer la metodología de ajuste de riesgo de la cápita tanto en el contexto en salud como en lo financiero.

Este ajuste se puede estimar de manera prospectiva estableciendo una caracterización adecuada como:

Patologías prevalentes, edad, género, comorbilidades por mencionar algunas.

No siempre se realizan caracterizaciones adecuadas se recomienda realizar ajustes de manera retrospectiva revisando los indicadores:

- Uso de medicamentos.
- Las atenciones.
- Las desviaciones que se puedan presentar.

Recomendaciones generales para el adecuado manejo de la capitación

Por la transferencia del riesgo se generan incentivos positivos y negativos, pero como hacer que predominen los positivos, a continuación, mencionaremos algunas recomendaciones:

ASEGURADOR

- Establecer mecanismos de monitoreo periódico para corregir las desviaciones en hospitalizaciones, usuarios costosos o que tienen un alto consumo de servicios, generar perfiles de uso de tecnologías y generar estrategias precoces para el adecuado funcionamiento del contrato.

Recomendaciones generales para el adecuado manejo de la capitación

Por parte del prestador se requiere que gestione con éxito las patologías crónicas mediante la implementación de estrategias de:

- Estrategias de promoción y prevención.
- Estrategias de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Integralidad de la atención no solo pensando en por el medico sino también por profesionales de apoyo como enfermería, psicología, terapeutas, etc.
- Seguimiento y evaluación de eventos de exacerbaciones.
- Implementar medios de contacto para mantener comunicación permanente con los pacientes para resolver dudas, formar y capacitar el usuario y evitar que ocupe agendas de consulta.
- Definición de guías y/o protocolos médicos y verificar su cumplimiento.
- Monitoreo de indicadores de resultados clínicos y de calidad de vida, así como los patrones de utilización de recursos y servicios.
- Establecer según guías clínicas los esquemas farmacológicos y no farmacológicos, así como establecer el seguimiento a su adherencia y analizar desviaciones.
- Establecer ciclos de seguimiento, monitoreo y ajuste a modelo de atención.
- Desarrollar herramientas informáticas que permitan el monitoreo en tiempo real.



Capitación ajustada por condiciones médica

Capitación ajustada por condiciones médica

Pago prospectivo por persona por un periodo de tiempo fijo, normalmente de un año, que refleja las condiciones médicas de cada individuo, especialmente enfermedades crónicas.

- En esta modalidad la unidad de análisis es el individuo, no las condiciones médicas.
- Una condición médica es una enfermedad o un evento traumático. La enfermedad puede ser de corta o larga duración o ser incurable.

Transferencia del riesgo

- Se transfiere riesgo técnico y una parte del riesgo primario, esto se cumple siempre y cuando el prestador sea responsable por el costo de los episodios, servicios y procesos que ocurran dentro del periodo contractual, independientemente de la frecuencia con que se requieran.
- Recordemos que los episodios evitables corresponden a riesgo primario, y lo evitables corresponden a riesgo técnico.
- Entre los episodios potencialmente evitables la severidad es reducible mediante la aplicación de elementos de formación, capacitación de usuario y familia, actividades de promoción y prevención, actividades de monitoreo de adherencia de terapias farmacológicas y no farmacológicas, adopción de guías y protocolos médicos, monitoreo de indicadores de resultado.

Capitación ajustada por condiciones médica

- Dado que existe una dificultad en separar las comorbilidades incluidas y las que no, se debe para minimizar esto contar con una caracterización adecuada, ya sea porque la suministra el asegurador o por que se construye por parte del prestador con sus datos.
- Adicional se debe definir muy claramente que se cubre y que no dentro de la modalidad, es decir definir servicios (médico general, especializados, pruebas diagnósticas (laboratorio, imagenología, otras) procesos, tecnologías en salud (medicamentos, insumos y dispositivos médicos), factores de producción que estén a cargo del prestador.
- Dentro de esta modalidad se incluye las hospitalizaciones, consultas de urgencias, este es un potente incentivo para reducir la incidencia de episodios potencialmente evitables y la severidad de los no evitables.

Capitación ajustada por condiciones médica

- El tiempo de duración del contrato es variable, se debe estimar en dos dimensiones:
 1. El periodo de pago sobre el cual se estimaron los costos de atención de pacientes, el más usado y el mínimo aceptable es un año.
 2. El número de periodos necesarios para generar un impacto sobre los resultados clínicos y económicos, este periodo es variable dependiendo de la patología, por ejemplo, en sintomáticos respiratorios se pueden ver resultados en pocos meses, por el contrario, la disminución de incidencia de enfermedad coronaria puede tardar años.

Factores positivos de la capitación por condición médica

- Genera un incentivo para mejorar la prestación de servicios a lo largo del ciclo completo de atención, brindando mayor integralidad en la atención, generando mejores resultados en salud.
- Genera incentivos para disminuir las urgencias y las hospitalizaciones potencialmente evitables, para lograr lo anterior se requiere una línea de base clara dada por la caracterización y conocimiento de la población que se está atendiendo.
- En los casos de capitación por condición médica de una patología específica es preciso si no se pueden atender las comorbilidades contar con redes integradas maduras que permitan garantizar la integralidad de la atención.

Factores positivos de la capitation por condición médica

- Si solo se hace para una patología específica puede generar fragmentación de la atención, si el paciente tiene más patologías no cubiertas por esta modalidad.
- Es preciso que la unidad de análisis sea por paciente y no una patología específica, si esto no se tiene en cuenta el asegurador pagara por el mismo paciente varias veces según el número de patologías que presente adicional con el posible deterioro de su salud por recibir atención fragmentada.
- En patologías de baja prevalencia el asegurador puede presentar problemas para tener el número de pacientes suficiente para explotar adecuadamente las economías de escala propias del modelo de atención.
- En prestadores con baja capacidad instalada para hospitalización, con el fin que no se desborde este servicio, se puede excluir y cambiar por indicadores de retención de pacientes en bajas complejidades.



**Por servicio
de atención**

Por servicios de atención

Entendido como el pago de una tarifa a un proveedor por cada servicio prestado. Fácil implementación. Una de la más usada en Colombia debido a la falta de información. Mejora el acceso a los servicios, pero disminuye la calidad.

Dentro de esta modalidad de contratación se incluyen mecanismos:

- Evento.
- Pago por paquetes.
- Pago por grupo relacionado de por diagnóstico.
- Algunos incluyen pago por día de hospitalización y arrendamiento de camas.

Por servicios de atención

Incentivos negativos:

1. Incentivos para incrementos de volumen de servicios para aumentar el ingreso.
2. Incentivos para ofrecer servicios más costosos.
3. Escaso incentivo para alcanzar resultados positivos o para coordinar atención integral.
4. Poco incentivo para ofrecer servicios preventivos u otros servicios con bajos márgenes financieros. (Prevención, atención de crónicos).
5. Recompensa el sobreuso de los servicios, no fomenta uso racional de recursos.
6. No proporciona incentivos para la calidad.
7. No reconoce diferencias en el desempeño de los proveedores y en su eficiencia, no permite aplicación de protocolos o guías de atención.

Por servicios de atención

Incentivos negativos:

1. Se enfoca principalmente en los precios de la atención no en los costos.
2. Variabilidad de tarifas por servicio según asegurador
3. Estimula sobreuso de servicios, no permite gestión fácil de los aseguradores.
4. No permite alineación con IPS primarias y favorece la fragmentación de servicios.
5. Favorece diferencias significativas en los costos entre diferentes regiones geográficas.
6. Permite variabilidad en el tratamiento suministrado a pacientes con condiciones similares.



Presupuesto global prospectivo

Presupuesto global prospectivo

- Actúa como un techo para el gasto total que limita el precio y la cantidad de los servicios proporcionados, buscando facilitar el uso eficiente de los recursos, control de costos en el corto (insumos) y largo plazo (capacidad de relacionar la cantidad de servicios con los recursos financieros recibidos).
- Requiere alta especificidad de los servicios ofertados, listado de procedimientos, insumos, por servicio, especialidad; requiere cantidad esperada año, el precio de los servicios, cantidad mínima y estándares de calidad, parámetros de cumplimiento, disposiciones administrativas para la ejecución del contrato, mecanismos para verificación de la ejecución del contrato, mecanismos para la verificación de la población con derecho a la atención.

Determinación del presupuesto

- Definir y caracterizar la población y los servicios cubiertos.
- Definir la asignación financiera por año. Se pueden pactar ajustes periódicos por inflación, avances tecnológicos, cambios de población, etc.

Determinación del presupuesto

Tres tipos de enfoques para calcular el valor:

1. Gasto Histórico:

- Perpetua el flujo de recursos existentes.
- No permite discriminar claramente los patrones de uso de servicios, se puede corregir estadísticamente con un factor de variación.
- Si no existe una asociación con niveles primarios puede favorecer la atención hospitalaria de mayor complejidad e ir de detrimento de la atención primaria.

2. Capitación

- Distribución más equitativa basada en las necesidades de la población. No obstante, implica procesos complejos y alto conocimientos de los servicios ofertados y de la población y de la demanda de servicios de la misma.

3. Enfoque Normativo

- Utiliza tarifas de referencia de mercado para valorar y remunerar las diferentes actividades a ser prestadas.
- Bajo este concepto el valor dependerá de la población objeto, la demanda esperada de servicios y las tarifas de referencia utilizadas.

*** Es recomendable utilizar un mix de los tres enfoques para favorecer la estructuración por desempeño.**

Pgp y contratos

Existen varias maneras para contratar un PGP, teniendo en cuenta la relación entre el volumen y el costo de servicios:

Estos pueden ser:

- **Contratos por Bloque:** Suma fija garantizando servicios independientes del volumen de servicios prestados. Son más utilizados en escenarios con alto volumen de servicios y bajo costo.
- **Contratos de Volumen y Costos:** Pago está condicionado a la prestación de un nivel mínimo de actividades. Se utilizan en servicios especializados para tratamientos no urgentes y cirugía principalmente programada. Son utilizados en escenarios con alto volumen de servicios y alto costo.
- **Costos por Caso:** Se garantiza el pago por cada servicio prestado, teniendo en cuenta el costo real de los servicios. Flujo de recursos es retrospectivo y se especifica el número de casos a ser tratados en el periodo. Para facilitar trámites administrativos se pueden pagar sumas fijas mensuales realizando ajustes periódicos (trimestrales) según el número de casos contratados. Se usan en escenarios con bajo volumen de servicios y alto costo.

* Las tres modalidades pueden hacer parte de un mismo PGP, definiendo un techo para cada una de ellas y se podrían autorizar traslados de recursos entre ellas, sin afectar la suma global estimada para la totalidad del contrato.

PGP y contratos

TIPO DE CONTRATO	ASEGURADOR	PRESTADOR
BLOQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Certeza sobre los costos. • Control sobre el gasto total. • Sin incentivos de eficiencia. • El riesgo financiero se transfiere al prestador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certeza sobre los ingresos. • Incentivos a la eficiencia. • Incentivos para minimizar el volumen/reducir la calidad. • Asumen los riesgos financieros.
VOLUMEN Y COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Certeza sobre los costos. • Techo de volúmenes asequibles. • Incentivos para lograr volúmenes. • Riesgo financiero compartido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Costos Fijos y semifijos conocidos. • Costos variables inciertos. • Incentivo para ser eficiente/contener los costos. • Riesgo financiero compartido.
COSTO POR CASO	<ul style="list-style-type: none"> • Control absoluto sobre volumen/gasto. • Riesgo de falta de capacidad. • Caro para administrar. • Conserva todo el riesgo financiero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los ingresos en riesgo. • Incentivos para reducir el tamaño/ minimizar el riesgo de un exceso de costos o la capacidad. • Riesgo financiero mínimo. • Fuente: Modelos de Contratación en Servicios de Salud ACEMI.



Pago por desempeño

Definición y consideraciones

- **Partiendo de la premisa de que ninguna modalidad de contratación pura es totalmente favorable para la implementación de un modelo de gestión de riesgo, es necesario aplicar incentivos al cumplimiento de metas o al mejoramiento de los resultados en salud.**
- **En el pago por desempeño, se asignan recursos económicos adicionales a aquellos servicios que consiguen mejores resultados.**
- **Para su aplicación se requiere sistemas de información muy desarrollados que permiten el seguimiento de indicadores de forma confiable.**

Pago por desempeño

- Se utiliza para diferentes fines:
 - Comparación de prestadores.
 - Comparación de aseguradores.
 - Rendición de cuentas a usuarios y entes de control.
 - Selección de proveedores a contratar.
 - Establecer diferenciales para el pago de servicios.
- Favorece la calidad de los servicios y los modelos de gestión de riesgo, debe asociarse a actividades como gestión clínica.
- Programas de gerenciamiento de enfermedades requieren asegurar un conjunto de actividades, bajo una secuencia lógica que permita la obtención de los resultados, además de tareas administrativas que permitan la adherencia del paciente y el seguimiento de indicadores.
- Toda modalidad de contratación debe contar con incentivos económicos y no económicos que acerquen los actores y favorezcan los resultados en salud (triple meta)

Monitoreo y seguimiento red

Tipos de descuentos



Contrato	Capita	▼
Aliada/Otra	(Varios elementos)	▼
Clasif Regionales	(Todas)	▼
Mes	(Todas)	▼
Trim	(Todas)	▼
Año	(Todas)	▼

NIVELES DE CUMPLIMIENTO

ESCALA	PUNTAJE
ALTA	MAYOR A 85%
MEDIA ALTA	ENTRE 65% Y 85%
BAJA	MEJOR + IGUAL A 65%

Categoría	Puntaje Máximo
Cobertura	30
Oportu + Cal	30
Resolutividad	40

Etiquetas de fila	Cobertura	Oportunidad +	Resolutividad	Total
◉ Quindío	30	14	19	63
◉ Risaralda	30	13	20	63
◉ Caldas	30	14	19	63
◉ Antioquia	30	20	16	66
◉ Valle del Cauca	30	19	18	67
◉ Norte de Santander	30	18	22	70
◉ Magdalena	30	25	16	71
◉ Huila	30	21	20	71
◉ Nariño	30	23	19	72
◉ Cundinamarca	30	23	20	72
◉ Atlantico	30	22	20	72
◉ Bolivar	30	25	18	73
◉ Tolima	30	22	21	73
◉ Santander	30	22	22	74
◉ Cauca	30	23	21	74
◉ Cesar	30	26	20	76
◉ Sucre	30	23	23	77
◉ La Guajira	30	27	20	77
◉ Boyaca	30	27	27	84
◉ Llanos Orientales	30	27	32	89
Total general	30	22	20	72

Graficas por Categoría



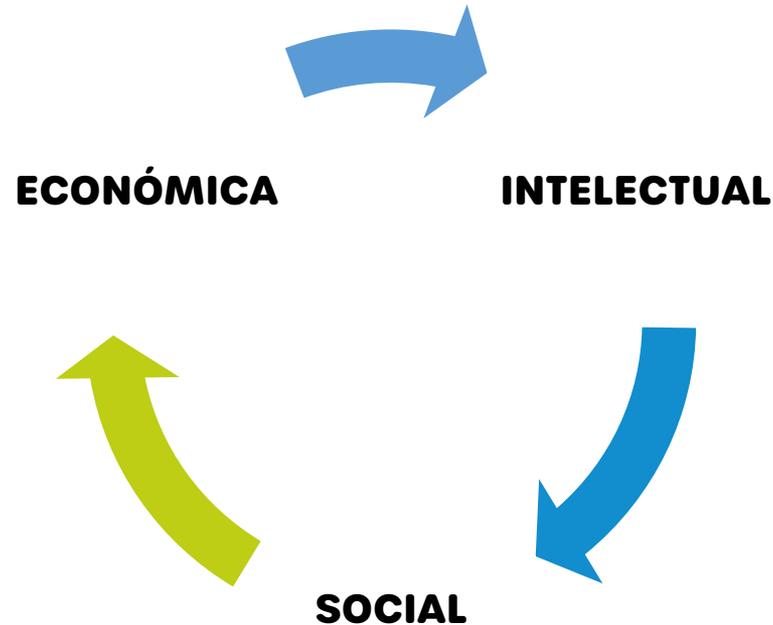
Contrato	Aliada/Otra	PUNTAJE POR MES UAPS									RANKING POR MES UAPS							COMPORTAMIENTO DE LA UAPS			
		08_Ago_17	09_Sep_17	10_Oct_17	11_Nov_17	12_Dic_17	01_Ene_18	02_Feb_18	03_Mzo_18	Promedio	08_Ago_17	09_Sep_17	10_Oct_17	11_Nov_17	12_Dic_17	01_Ene_18	02_Feb_18	03_Mzo_18	VARIACION EN PUESTOS RANKING FEB/2018 VS MZO/2018	UAPS CON INTOLERABLE	
Capita	Aliada	89	88	86	85	85	98	94	99	90	1	1	1	1	1	1	1	1	→	0	0
Capita	Aliada	76	77	79	81	82	92	92	93	84	5	3	3	3	3	2	2	2	→	0	0
Capita	Aliada	68	69	65	63	67	88	83	88	74	17	12	18	18	18	4	7	3	↑	4	0
Capita	Aliada	66	62	58	58	71	77	78	86	70	19	20	22	22	15	13	11	4	↑	7	2
Capita	Aliada	74	74	76	78	75	84	86	86	79	7	5	6	6	10	7	5	5	→	0	0
Capita	Aliada	73	68	68	68	81	91	91	86	78	8	14	14	13	5	3	3	6	↓	(3)	2
Capita	Aliada	76	73	77	80	80	87	86	83	80	4	7	4	4	6	5	6	7	↓	(1)	0
Capita	Aliada	71	69	70	66	68	78	78	83	73	11	13	11	16	17	11	12	8	↑	4	5
Capita	Aliada	68	66	62	59	68	75	75	81	69	16	15	21	21	16	15	15	9	↑	6	2
Capita	Otra	43	43	44	57	44	80	80	80	59	25	24	24	23	25	9	8	10	↓	(2)	0
Capita	Otra	60	60	64	64	64	60	80	80	67	22	21	19	17	21	22	9	11	↓	(2)	0
Capita	Otra	72	58	76	76	56	76	79	79	71	9	22	5	7	23	14	10	12	↓	(2)	0
Capita	Aliada	68	65	71	75	72	81	74	77	72	21	18	9	8	13	8	19	13	↑	6	5



El marketing como herramienta gerencial para la contratación

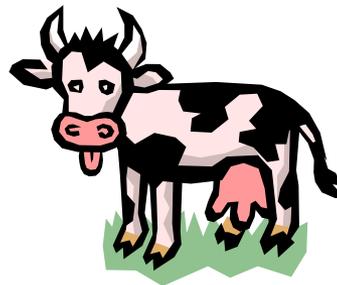
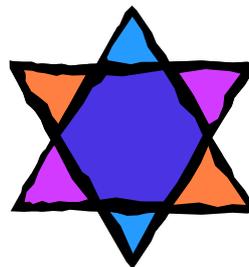


Responsabilidad de generar riqueza



Clasifique sus servicios

- Medición e investigación del impacto.
- Utilice el Benchmarking competitivo.



¿Como hacer desde la IPS un servicio atractivo para contratar?

Conozca, domine y tenga información detallada de un determinado servicio o programa.

“No eche más cuentos, demuéstrello”.

Información de un determinado servicio x

- ¿Cuántos pacientes se atienden?
- ¿Cuál fue el resultado exitoso de las atenciones?
- Estado clínico del paciente al ingreso, al alta, al mes y a los tres meses.
- El resultado de correlación diagnóstica y de pertinencia fue de tanto.
- ¿Cuál fue el promedio día estancia?
- Porcentaje de infección intrahospitalaria y de efectos adversos (acciones de control y resultado)
- Porcentaje de pacientes que se evaluaron por Staff Clínico
- ¿En cuántos pacientes el Staff modificó una conducta a una más?
- Costo efectiva

Información de un determinado servicio x

- ¿Cómo es el sitio de atención? está por encima de la habilitación?
- ¿Con qué equipos se atiende?
- ¿Quiénes son sus profesionales y sus logros?
- ¿Se tiene la guía de protocolo medico?
- ¿La guía clínica se revisa y ajusta cada año?
- ¿En qué el servicio se diferencia de los demás y lo hace mejor?
- ¿Se utilizan los siguientes insumos y medicamentos y estos se analizan periódicamente y se utilizan el de mayor costo beneficio?
- ¿Se le presento un resumen al pagador de cómo va el programa siquiera dos veces al año?

Información de un determinado servicio x

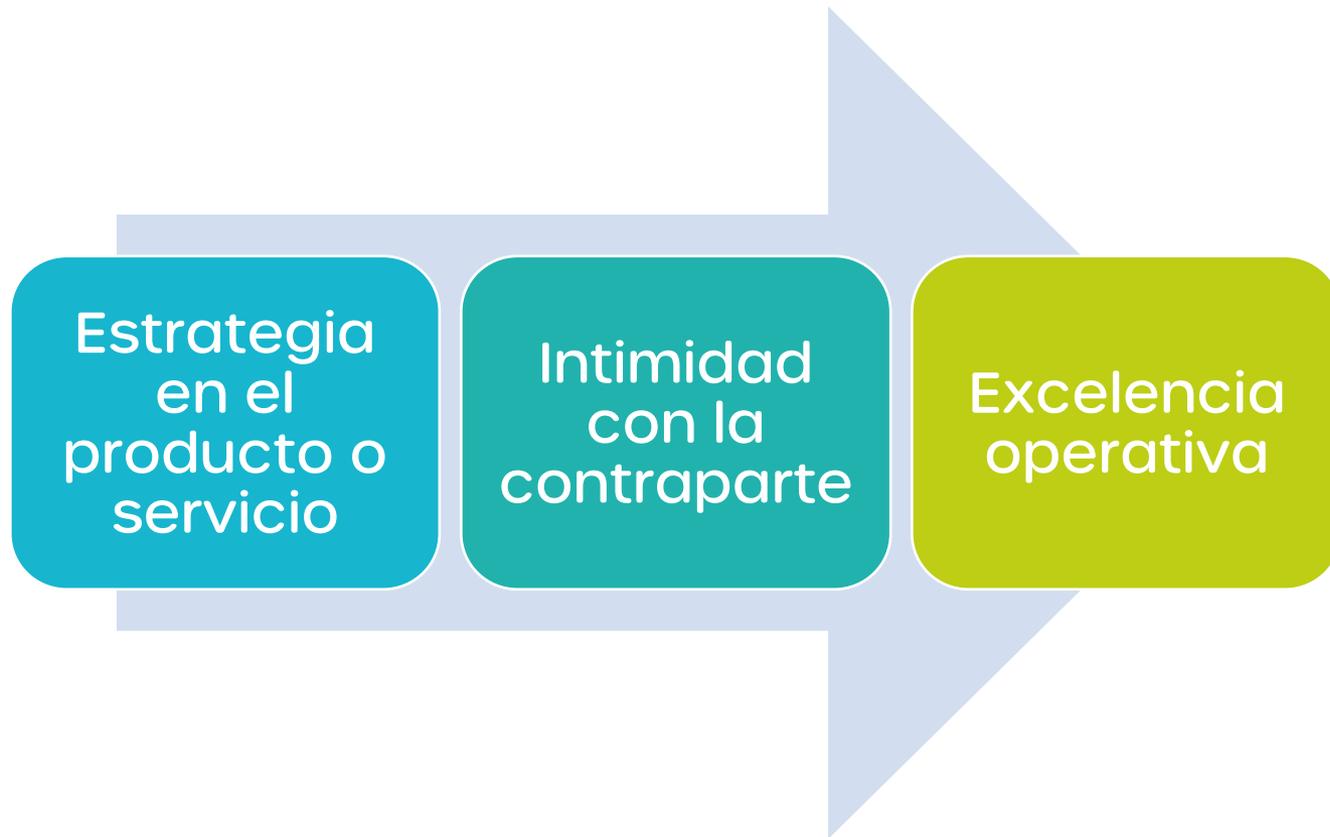
- El precio de la atención es competitivo y AGREGA VALOR en cuanto a la cuanto a tecnologías en salud (medicamento, insumos y materiales).
- Resultado de las encuestas de satisfacción de usuarios (en cuanto al trato del personal; medico, enfermería, del personal administrativo, como evaluaron la parte locativa, la comida etc.).
- Se detectan errores que afectan la satisfacción y se establecen planes de mejoramiento.
- Que el uso de tecnologías en salud (medicamentos, dispositivos o procedimientos) no upc se indican superioridad terapéutica, posicionamiento terapéutico.

¿Reconocer su contraparte?

- Capacidad de compra o venta.
- Autonomía.
- Necesidad.



Aspectos claves del marketing en la contratación



Estrategia del producto o servicio

- Ir más allá de lo convencional y más allá de lo que es deseable. La idea es ofrecer el **MEJOR PRODUCTO** o **SERVICIO**. Se debe ofrecer a una calidad excepcional, tecnología y una gran funcionalidad.

Excelencia operativa

- Ofrecen sus servicios manteniendo un precio competitivo y ofreciendo un equilibrio entre calidad y funcionalidad. La idea principal es ofrecer al **MEJOR COSTO PÉRCAPITA** Y **AGREGAR VALOR A LA ATENCIÓN**.

Intimidad con la contraparte

- Capacidad de generar vínculos, se le conoce y proporciona ese producto y/o servicio que necesita en el momento idóneo y "a la medida". La idea es ofrecer la **MEJOR SOLUCIÓN INTEGRAL**, el **MEJOR SERVICIO GLOBAL**. Se debe convertir en auténticos "socios estratégicos"

Primero: "identificar" los clientes.

Segundo: "diferenciarlos" en términos de sus necesidades y de su valor para la compañía.

Tercero: "interactuar" con ellos de forma tal que mejore la eficiencia en el costo y la efectividad de la interacción y obtener "información que ayude a fortalecer y profundizar las relaciones con los clientes".

Cuarto: "adaptar" algunos aspectos de los productos o servicios que se ofrecen al cliente.

Resumen de cambios

- **Establece los elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para las EPS, las IPS y los proveedores de tecnologías en salud, así como los elementos comunes. Entre otros: modelo de atención, caracterización de la población, relación de sedes y capacidad instalada.**
- **Define el contenido mínimo que deben tener los acuerdos, por ejemplo: objeto, duración, lugar, tarifas, nota técnica, red integral, modalidad de pago, coordinación del proceso de referencia y contrarreferencia, indicadores pactados.**
- **Incluye indicadores de estructura, proceso y resultado, de tal manera que sea medible la calidad de la atención, la gestión y los resultados en salud.**
- **Para la calidad de la atención de los servicios, reitera que se desarrollará de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad -PAMEC; y la de cuentas médicas, conforme al Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud.**

Resumen de cambios

- **Obliga a incluir en el acuerdo de voluntades el monitoreo y la evaluación periódica de la nota técnica[2].**
- **Define que debe darse acceso a la EPS a la historia clínica, por vía digital o electrónica, con el fin de llevar a cabo las verificaciones que se requieran.**
- **Respecto a la facturación, reitera que los soportes son los definidos por el Ministerio de Salud, especificando que el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) es un soporte obligatorio.**
- **La aceptación de glosas y facturas debe tramitarse de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.**
- **Para los proveedores de tecnologías en salud, permite que se aplique lo definido en el artículo antes mencionado o las normas establecidas en el código de comercio o estatuto tributario.**

Resumen de cambios

- En los pagos, debe informarse dentro de los tres días siguientes al giro a que factura corresponde. De la misma manera, precisa lo relacionado con reintegro de pagos por incumplimiento y las devoluciones y los descuentos.
- Exige que se incluyan en los acuerdos, los incrementos de los valores cuando se pactan prorrogas automáticas. Cuando estos no se establecen expresamente, se aplicarán los criterios definidos en el artículo 2.5.3.5.3 del decreto 780.
- Se eliminan las autorizaciones para la atención integral del cáncer infantil, VIH/SIDA, cáncer de adultos y todas aquellas que el Ministerio de Salud o las propia EPS definan como prioritarias.
- En caso de cambio de prestador de servicios por terminación de acuerdos de voluntades o liquidación de la EPS, establece el procedimiento para garantizar la atención integral a los pacientes.
- En los acuerdos de voluntades deben incluirse los mecanismos y plazos para la entrega y la actualización de la información.

iGracias!

