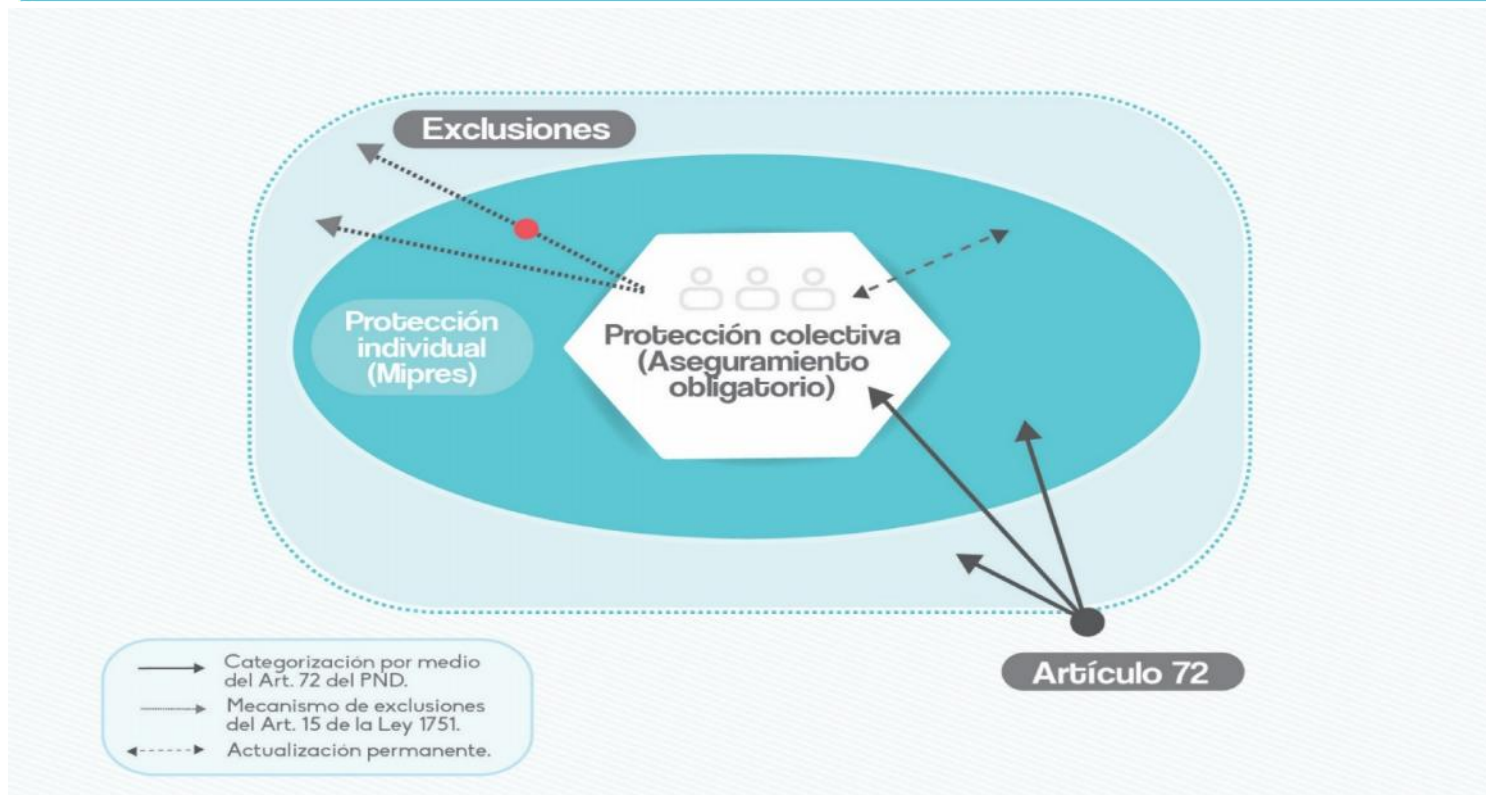




Lineamientos de política en las relaciones contractuales entre Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Responsables de Pago

Viceministerio de Protección Social
Febrero 2018

Ley Estatutaria de Salud



Antecedentes normativos

Norma	Modalidades de contratación y pago
Ley 100 de 1993	Capitación, protocolos o presupuestos globales fijos. (Art. 179)
Ley 1122 de 2007	Capitación, evento, presupuesto global prospectivo, grupo diagnóstico. (Art. 13) (Flujo de recursos)
Decreto 4747 de 2007	Pago por capitación, pago por evento, pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado de diagnóstico
Ley 1438 de 2011.	Reglas contratación por capitación: sólo para servicios de baja complejidad. (Art. 52)
Sentencia C-197 de 2011	<p>Declaró exequible el artículo 52 numeral 1 (capitación solo para el 1er nivel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transferencia total del Riesgo. • Impedir la subcontratación no necesaria. • Evitar que las IPS asuman costos que no fueron previstos.

Situación actual

1. La carga de la enfermedad está dominada por las enfermedades crónicas mucha de las cuales son prevenibles. (Paso del 76% en el año 2005 al 83% en el 2010 ⁽¹⁾).
 - Altos costos sanitarios.
 - Necesidad de un modelo de atención integral que incluya modalidades de contratación y de pago integrales.
 - Pensar en el paciente.
2. Enfoque hospitalario de servicios orientados hacia la enfermedad y su resolución en instituciones hospitalarias de mayor complejidad.
 - Baja capacidad de resolución de las IPS de menor complejidad
 - Puerta de entrada al sistema por las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad.
 - Fragmentación de la red de prestadores.

Situación actual

Aumento de la atención de partos en las instituciones de mayor complejidad (la referencia desde hospitales públicos pasó del 48% en el 2007 al 88% en el 2012 (1).

Proporción de partos por cesárea es del 44.98% en el 2016 y del 45.14% en el año 2017 (2).

Aumento del tiempo de espera para la asignación de cita de medicina general (de 2.97 días 2016 a 3.69 días en el año 2017 (2).

Tiempo promedio de 137 días entre primera consulta y tratamiento en cáncer de mama. Se pierden 90 días entre el diagnóstico inicial y la confirmación diagnóstica. El 57% de las paciente se diagnostican con invasión regional vs 27% en USA

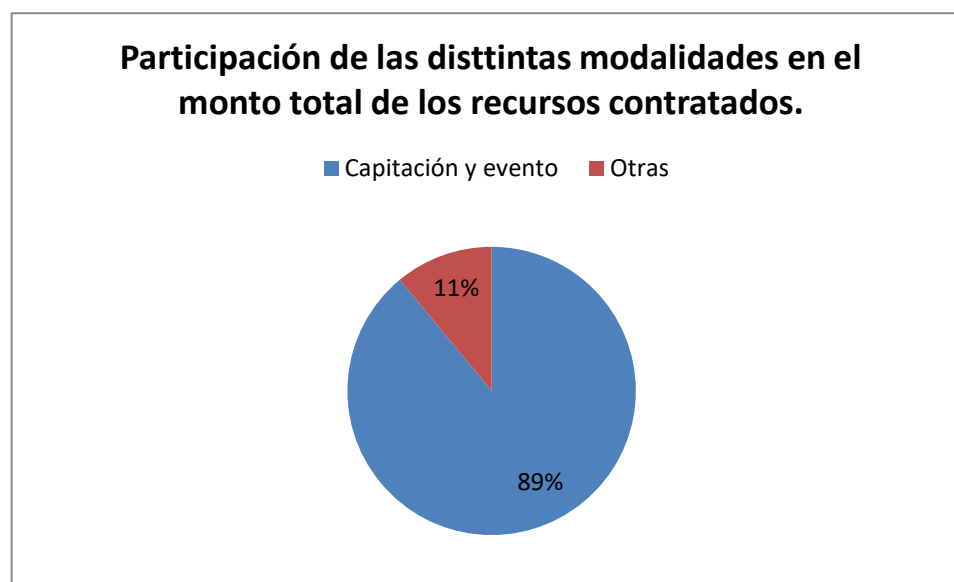
Fuente: (1) MSPS, 2016. Documento PAIS

(2) MSPS, FUENTE : Bodega de datos de SISPRO - Indicadores de Resolución 256 de 2016.



Situación actual

3. Prevalencia del uso de modalidades de contratación y de pago que no favorecen la obtención de resultados ni la integralidad de la atención
- Capitación primer nivel (capito-remito) – No Resolutividad
 - Pago por evento.



Fuente: MSPS, 2016.

Situación actual

4. Relaciones contractuales

- La contratación de servicios de salud se orienta principalmente a la compra y venta de servicios centrada en las necesidades de los agentes, con desconocimiento en algunos casos de las las necesidades de las personas.

5. Limitación de la normativa vigente, o falta de conocimiento para soportar el desarrollo de la política de nuevas modalidades de contratación.

Propósito de la regulación

Definición de reglas claras para la contratación de servicios de salud entre Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Responsables de Pago

Incentivar la utilización de modalidades de contratación y de pago orientadas a la gestión del riesgo en salud, la obtención resultados en salud y el manejo eficiente de los recursos, que favorezcan

La integralidad, continuidad y oportunidad en la atención.

La implementación de la PAIS.

La optimización del flujo de los recursos financieros del Sistema.

El mejoramiento de la confianza entre las Entidades Responsables del Pago -ERP y los prestadores de servicios de salud.

Objetivos específicos de la regulación

Establecer los requisitos generales de los contratos de prestación de servicios de salud.

Definir las condiciones mínimas de las modalidades de contratación y de pago.

Establecer mecanismos para evitar la desviación del costo que no sean controlables por los prestadores.

Promover la conformación y operación organizaciones funcionales y asociaciones o alianzas estratégicas de Prestadores de Servicios de Salud.

Incentivar la suscripción y liquidación de contratos.

Definición de prácticas abusivas y prohibiciones en la ejecución de los contratos.

Orientar nuevas formas de contratación pensando en la integralidad.

Valor agregado del proyecto de Decreto

Énfasis en integralidad, continuidad, resultados y eficiencia en la atención, centrados en la personas.

- Volver visibles los resultados de atención
- Modalidades de contratación y de pago relacionadas con la integralidad y eficiencia de la atención y sus requisitos mínimos.

Transparencia en las relaciones contractuales.

- Estandarización de conceptos.
- Nota técnica por modalidad de contratación y de pago.
- Reglas de ajuste del valor contractual.
- Prácticas abusivas y prohibiciones (contratos).

Valor agregado del proyecto de Decreto

Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios de salud.

- Organizaciones funcionales
- Alianzas estratégicas

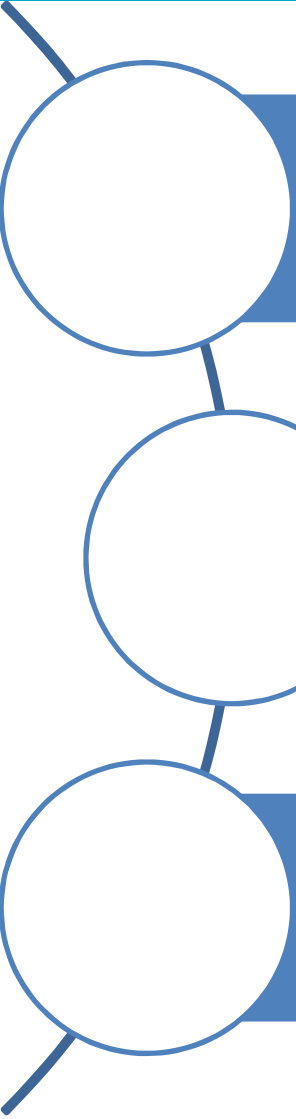
Disponibilidad de información de las relaciones contractuales

Posibilidades para mejorar el flujo de recursos financieros

- Anticipos en pago integral por grupo de riesgo y pago global prospectivo.

Fortalecimiento IVC de la SUPER.

Retos



Lograr que las relaciones contractuales entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago se centren en las personas, los resultados en salud y la eficiencia.

Incentivar la utilización de modalidades de contratación y de pago que consideren la integralidad de la atención, la obtención de resultados en salud y el trabajo articulado en redes integrales de prestadores de servicios de salud.

Establecer relaciones contractuales que consideren la gestión del riesgo en salud como un factor determinante para la obtención de resultados.

Normas Complementarias

- Decreto de Habilitación Técnica de EPS
 - Depura requisitos y condiciones para la autorización y habilitación de EPS del régimen contributivo y subsidiado.
 - Establece condiciones únicas para el ingreso de nuevas EPS, y para la permanencia y cumplimiento de estándares de las existentes.
 - Se unifican requisitos de habilitación y permanencia, independiente del régimen en el que operen.
 - Se actualizan las condiciones técnico administrativas, de capacidad administrativa, tecnológica y científica, para que las EPS operen atendiendo las funciones de ley dentro del aseguramiento (art. 14 Ley 1122 de 2007).
 - Establece mecanismos transparentes para la operación de las EPS con los diferentes agentes.

Normas Complementarias

- Publicidad de miembros de las Juntas Directivas.
- Política de contratación y pagos transparente.
- Se establece un modelo de seguimiento y monitoreo de la operación del aseguramiento en salud para determinar las acciones cuando las EPS incumplen con sus funciones y crea comité para adopción de medidas.

Retos Regulatorios

- Reforma Ley 715 de 2001
 - Eliminar Inflexibilidad
 - No Pos = Contributivo/Subsidiado
 - Subsidio a la Oferta en algunos casos
 - Repensar aportes patronales

Circular Conjunta 030 de 2013

Irazabilidad de coincidencias de cartera – Circular Conjunta 030 de 2013

RESULTADOS CRUCES		MENOR VALOR COINCIDENCIAS
EPS - REGIMEN SUBSIDIADO Vs IPS		458.453
EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO Vs IPS		778.391
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs IPS		31.256
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs EPS		26.356
TOTAL		1.294.457
Corte 31 de Diciembre de 2013.		
RESULTADOS CRUCES		MENOR VALOR COINCIDENCIAS
EPS - REGIMEN SUBSIDIADO Vs IPS		862.115
EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO Vs IPS		1.880.747
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs IPS		87.094
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs EPS		129.325
TOTAL		2.959.282
Corte 31 de Diciembre de 2014.		
RESULTADOS CRUCES		MENOR VALOR COINCIDENCIAS
EPS - REGIMEN SUBSIDIADO Vs IPS		1.287.925
EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO Vs IPS		1.327.865
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs IPS		112.309
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs EPS		205.485
TOTAL		2.933.584
Corte 31 de Diciembre de 2015.		
RESULTADOS CRUCES		MENOR VALOR COINCIDENCIAS
EPS - REGIMEN SUBSIDIADO Vs IPS		1.382.787
EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO Vs IPS		3.021.607
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs IPS		210.287
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs EPS		313.272
TOTAL		4.927.953
Corte 31 de Diciembre de 2016.		
RESULTADOS CRUCES		MENOR VALOR COINCIDENCIAS
EPS - REGIMEN SUBSIDIADO Vs IPS		2.374.596
EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO Vs IPS		4.220.743
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs IPS		339.690
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs EPS		379.206
TOTAL		7.314.235
Corte 30 de Septiembre de 2017.		

Fuente: Circular Conjunta 030 de 2013.

COMPARTAMIENTO MENOR VALOR COINCIDENCIAS



Análisis Información Reportada Circular Conjunta 030 de 2013

GIRO DIRECTO SIN DESCARGAR EN
CUENTAS POR COBRAR DE IPS

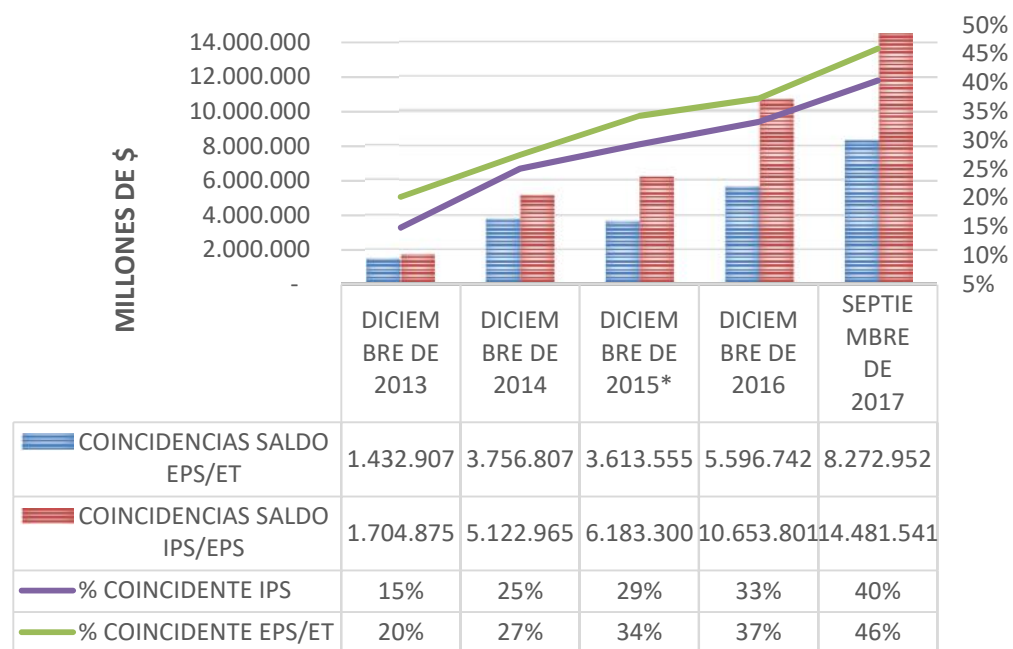
FECHA DE CORTE	TOTAL CARTERA		
	SALDO IPS RÉGIMEN SUBSIDIADO	VALOR GIRO SIN DESCARGAR CXC IPS	% CARTERA CRUZA POR DESCARGAR
DICIEMBRE DE 2013	6.429.393	419.367	7%
DICIEMBRE DE 2014	10.803.052	2.982.141	28%
DICIEMBRE DE 2015*	10.610.275	2.292.663	22%
DICIEMBRE DE 2016	14.133.444	4.356.790	31%
SEPTIEMBRE DE 2017	14.680.697	5.868.507	40%

Fuente: Circular Conjunta 030 de 2013.

Con corte a 30 de septiembre de 2017, el 40% de las facturas pagadas por giro directo del Régimen Subsidiado cruzan con las cuentas por cobrar de las IPS, y algunas de ellas no han sido descargadas.

COINCIDENCIAS CARTERA

A 30 de septiembre de 2017, el 40% del total de cartera es coincidente de acuerdo con lo reportado por parte de la IPS.



Fuente: Circular Conjunta 030 de 2013



GRACIAS