



CONVENIOS ACUERDOS



## CONVENIOS ACUERDOS

- Agentes de Seguro de Salud
- Instituciones de Salud



En este marco de costos crecientes, la búsqueda de perfiles de gestión adecuados se transforma en un imperativo a resolver de manera permanente, siendo la elección de los mecanismos de contratación y pago una de las claves.

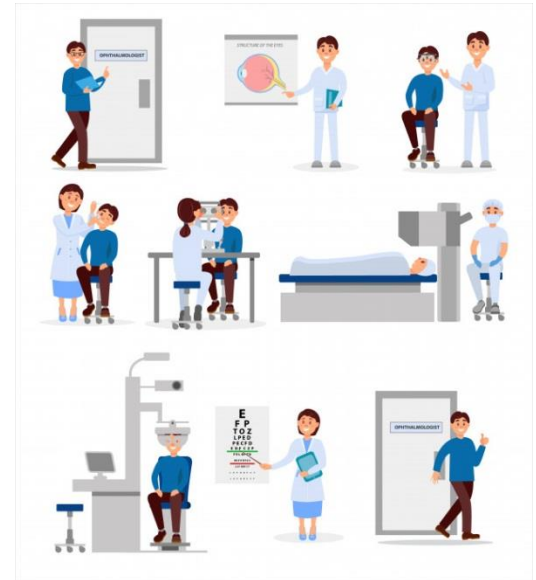
El sistema de pago a prestadores es uno de los componentes más relevantes de las relaciones contractuales entre los agentes del sistema de Salud, al tiempo que constituye una de las cuestiones más significativas para definir la eficiencia y la calidad en el sector Salud.

## DIFERENTES TIPOS DE INSTITUCIONES



Una es clínica y está basada en conocimientos médicos para la investigación y tratamiento de distintos órganos o patologías.

Otra es técnica, semejante a la que se aplica en sectores industriales, la cual está básicamente focalizada en el área de diagnóstico donde los productos son tipificados, (laboratorio, rayos, etc.).



Finalmente encontramos a una empresa hotelera, encargada de atender y facilitar el funcionamiento del hospital.

# Los cosegueros, que son aceptados en el PMO

Para contrarrestar este fenómeno de continuo crecimiento se fueron desarrollando un conjunto de instrumentos para transferir parte de los riesgos a los usuarios.

Para ello, se implementaron bonos moderadores y/o cosegueros.

Los cosegueros, que son aceptados en el PMO, implican que el paciente abone un porcentaje del valor de la consulta o práctica.



## COSEGURO

El coseguero es un porcentaje de la práctica o consulta médica que paga el afiliado



## COPAGO

El copago es una suma fija establecida por acuerdo con los prestadores y que paga el afiliado en su consulta médica





La Superintendencia de Servicios de Salud, actualizo con la resolución 1926/2024 que permite a las obras sociales fijar libremente los montos.

Esto significa que los valores de los coseguros pueden variar según cada obra social.



TIPOS DE CONVENIOS

PRESTADOR Y PRESTATARIO

# PRINCIPALES SISTEMAS DE CONTRATACION Y PAGO



# Modelos de Contratación entre Aseguradoras y Prestadores de Salud

- Desarrollo de los modelos más utilizados que impactan en la facturación, auditoría y débitos:
  - 1. Prestación por acto
  - 2. Módulo prestacional
  - 3. Cápita
  - 4. Contratación mixta



# 1) Prestación por acto Médico

- Se factura cada práctica realizada en forma individual. Detallando los Honorarios y Gastos, de acuerdo lo indique el Nomenclador Nacional
- Se requiere:
  - - Orden médica
  - - Autorización (según convenio)
  - - Respaldo en historia clínica
  - - Codificación correcta
- Riesgo económico: lo asume la aseguradora.



## Prestación por acto Médico

### Principales Débitos

- - Falta de autorización
- - Código mal nomencado
- - Práctica no reconocida por el convenio
- - Falta de respaldo en historia clínica
  
- Se utiliza principalmente en consultas, prácticas ambulatorias, Cirugías en General y las Internaciones.
- Tener en cuenta que solo se puede facturar

## 2) Módulo prestacional

- Se paga un valor fijo por un conjunto de prestaciones previamente definidas.
- Suele incluir:
  - - Honorarios médicos
  - - Gastos sanatoriales
  - - Medicación y descartables habituales
  - - Días de internación estándar
- Riesgo económico: principalmente del prestador.



# Módulo

## Punto crítico y Débitos frecuentes

- Todo lo que no esté expresamente dentro del módulo se debita.
- Débitos frecuentes:
  - - Medicación no habitual
  - - Descartables de alto costo
  - - Días excedidos
  - - Interconsultas
  - - Estudios no contemplados

### 3) Cápita (Capitación)

- La aseguradora paga un monto fijo mensual por afiliado asignado.



- No se factura por prestación.
- Se rinde producción estadística.



- Riesgo económico: 100% del prestador.

## Cápita – Claves de gestión

- Exige:
  - - Fuerte control médico
  - - Protocolos de atención
  - - Gestión de la demanda
  - - Atención primaria resolutive
- Muy usado en centros médicos y policlínicos.

## 8) Contratación mixta (la realidad actual)

- Un mismo convenio combina distintos modelos:
  - - Consultas por prestación
  - - Internación por módulo
  - - UTI por día cama
  - - Cirugías por paquete
  - - Guardia por cartera fija o cápita



# Contratación mixta

## Por qué genera más débitos

- Porque cada sector factura con una lógica distinta.
- Requiere:
  - - Conocer el tipo de contrato por sector
  - - Trabajo conjunto entre facturación y auditoría
  - - Control interno antes de enviar la facturación

# Cápita

Se denomina sistema de pago por cápita a la relación que considera un valor fijo por beneficiario por mes como contraprestación económica por los servicios brindados, independientemente del uso que efectúen los beneficiarios.

Este mecanismo tiene como unidad de pago a la persona inscrita o empadronada. El financiador transfiere la responsabilidad sanitaria al gerenciador o al prestador, siendo el contratado quien asume el riesgo de ocurrencia o frecuencia de la demanda y el riesgo por el tipo de conducta prestacional.



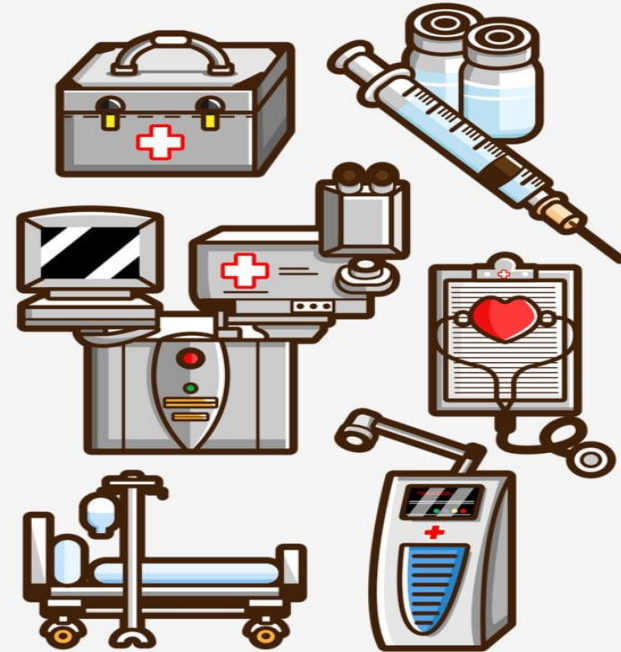
# Honorarios del profesional

Cada prestación Tiene cantidad de unidades ya publicadas por el NN



# Gastos específicos de cada práctica

Cada prestación Tiene cantidad de unidades ya publicadas por el NN



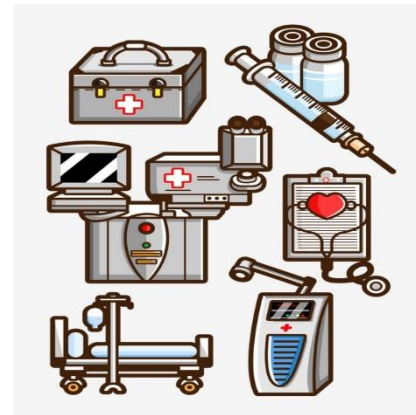
---

**Se suma el valor de Honorario + el valor de gastos**

**Honorarios del profesional**



**Gastos específicos de cada práctica**



**Un único valor de la práctica**

# Negociación de Aranceles

## **Dependerá de:**

- Cantidad real de consumidores
- Edad de la población a brindar servicios
- Forma y tiempo de pagos
- Situación económica del país
- Reconocimiento en el mercado de las Instituciones
- Tamaño de las Instituciones
- Modalidad de servicios (por prestación, capitados, modulados)
- Prestigio de ambas organizaciones
- Niveles de atención

# Negociaciones

Las negociaciones se realizan antes de firmar los contratos entre financiadores y prestadores

Se firman contratos para dar legalidad a la relación entre los dos modelos

Las principales negociaciones son de

- \* Valores de las unidades arancelarias
- \* Plazos de pagos
- \* Normas operativas
- \* Calidad del servicio

# ¿Cómo calculamos las prestaciones por Acto Médico?

Tenemos que tener en cuenta las  
UNIDADES DE

**HONORARIOS**      **y**      **GASTOS**

# ¿Cómo se determina el valor de una prestación?

Se utilizan las unidades arancelarias para prestaciones médicas, bioquímicas y radiológicas. Las unidades arancelarias, entendiéndolas como la unidad de cálculo para valorizar económicamente las prestaciones a facturar.

## UNIDADES

Galeno: es la unidad que calcula los honorarios médicos.

Gastos quirúrgicos: es la unidad que calcula los gastos de las cirugías, comprendidos entre los códigos del 01 al 13 inclusive y los gastos de anestesia, códigos

Otros gastos: es la unidad que calcula la mayoría de los gastos de las prácticas especializadas.

Gastos radiológicos: es la unidad que calcula los gastos de las prácticas de diagnóstico por imágenes.

Gasto pensión: es la unidad que calcula el gasto de hotelería en la institución médica.

Gasto bioquímico: es la unidad que calcula los gastos de las prestaciones bioquímicas, comprendidos entre los códigos 001 al 999 del NN y también las prácticas médicas realizadas en laboratorio, comprendidos entre los códigos 15; 23; 24.01.14 al 01.21.

Honorarios bioquímicos: es la unidad que calcula los honorarios de las prestaciones bioquímicas, comprendidos entre los códigos 001 al 999

# CONFORMACION DEL NOMENCLADOR NACIONAL

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
<b>PRACTICAS ESPECIALIZADAS</b> <b>INTERPRETACIONES A ESTE P.M.O. CON NOMENCLADOR</b> <b>INCLUYE <u>COSEGUROS MAXIMOS</u> QUE SE PUEDEN COBRAR POR LAS PRESTACIONES</b>					
LOS CODIGOS DE LA PRIMER COLUMNA CORRESPONDEN TANTO AL P.M.O. COMO AL NOMENCLADOR NACIONAL LOS CODIGOS, TEXTOS Y VALORES EXCLUIDOS DEL NOMENCLADOR POR EL P.M.O. SE INDICAN CON: [Texto retirado por el PMO] LOS TEXTOS EN NEGRILLA CORRESPONDEN AL NOMENCLADOR NACIONAL Y MANTENIDOS POR EL P.M.O. LOS VALORES Y UNIDADES CORRESPONDEN AL NOMENCLADOR NACIONAL. (VALORES A MARZO/1991) PARA UNA MEJOR ORIENTACION SE MANTUVIERON LAS NORMAS E INTERPRETACIONES DEL NOMENCLADOR NACIONAL. I/C= INCLUIDO EN CONSULTA					
14	ALERGIA				
Norma:	[Texto retirado por el PMO] La testificacion total o parcial no podra ser repetida en un plazo menor de un año por el mismo profesional.				
14.01.01	[Texto retirado por el PMO] Testificacion total.	U. 15 3.49	GG 25 3.07	6.55	50.00
14.01.02	[Texto retirado por el PMO] Testificacion parcial (Hasta 4 sesiones)	U. 8 1.40	GG 10 2.21	3.60	50.00
14.01.03	TESTIFICACION POR DROGAS, PARA ESTUDIOS O TRATAMIENTOS, por visita.	U. 1.50 \$ 0.35	GG 5 0.61	0.96	50.00
14.01.04	[Texto retirado por el PMO] Tratamiento desensibilizante (Incluye provision de alergeno y las consultas que fueren necesarias). Por mes de tratamiento.	U. 6 \$ 1.40	GG 20 2.45	3.85	50.00

Tienen un valor la Unidad

Tiene un valor la Unidad

Se obtiene con los valores(\$)  
del año 1992

140101

Honorarios		Gastos		Total
Unidad =15	\$1400	Unidad =25	\$744	\$39600

El código 140101 tiene 15 U de Honorarios, lo multiplico por el valor que le asignamos a la unidad, en este caso \$1400

$$\underline{\$1400 \times 15 \text{ U} = 21000}$$

El código 140101 tiene 25 U de OG (Otros Gastos, cada capitulo tiene diferentes gastos), lo multiplico por el valor que le asignamos a la unidad, en este caso \$744

$$\underline{\$744 \times 25 \text{ Ude OG} = 18600}$$

Por último sumo Los Honorario + los Gastos

$$\underline{\$21000 + 18600 = 39600}$$

Este será el valor final que facturaremos y/o pagaremos

170118

Honorarios		Gastos		Total
Unidad =60	\$1400	Unidad =300	\$744	

$$1400 \times 60 = 84000$$

$$744 \times 300 = 223200$$

\$307200

$$170118 = \$307200$$