



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



**SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD PARA EL
“ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO
DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD EN EL AÑO 2012”**

INSTRUCTIVO JULIO 2011



TABLA DE CONTENIDO

1	MARCO LEGAL	4
2	OBJETIVOS	5
2.1	Objetivo general	5
2.2	Objetivos específicos	5
1.	Determinar la morbilidad atendida en cada EPS y en el Sistema.....	5
2.	Determinar las frecuencias de uso de los servicios de salud de la población afiliada en cada EPS y del Sistema.....	5
3.	Establecer el promedio del valor de la prestación de servicios a la población afiliada de cada EPS y del Sistema.....	5
4.	Construir estimaciones más ajustadas del valor que ha de reconocerse con cargo a la UPC por cuenta de la presencia de siniestros incurridos pero aún no reportados o no bien avisados en el reporte que se genera de esta solicitud de información.....	5
5.	Establecer la suficiencia de la UPC y realizar los ajustes que sean pertinentes para financiar y ajustar los servicios del POS en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado respectivamente.....	5
6.	Evaluar los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.....	5
3	INSTRUCTIVO GENERAL	6
3.1	Identificación de los Archivos.....	6
3.2	Estructura y contenido de los archivos.....	6
3.2.1	Tipo de archivos y separadores	6
3.2.2	Periodos a contemplar.....	6
3.2.3	Validaciones	7
3.2.4	Medios de envío.....	7
4	REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN	7
4.1	Información requerida sobre prestación de servicios de salud	8
4.1.1	Definiciones.....	8
4.1.2	Fuente de datos	10
4.1.3	Unidad de Registro para los servicios reportados	10
4.1.4	Unidad de Registro para el IBNR.....	14
4.1.5	Definición de los ítems a detallar en el valor	16
5	COBERTURA DE INFORMACIÓN	19
6	CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	20



7	RELACIÓN DE ANEXOS:	23
8	ENVÍO DE LA INFORMACIÓN	23
9	CONSULTAS	23
10	ANEXOS	24
10.1	Formato carta de remisión de información 2010	24
10.2	Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al MPS el período comprendido entre Enero 1 a Diciembre 31 de 2010.....	26
10.3	Ejemplos de casos para el reporte de la información para el IBNR	28

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Normatividad aplicable al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado	9
Tabla 2	Variables y estructura del archivo de prestación de servicios de salud.....	11
Tabla 3	Códigos de reporte de actividades del POS del régimen subsidiado de los pueblos indígenas.....	14
Tabla 4	Variables y estructura del archivo de pagos	15
Tabla 5	Forma de registrar del valor según la forma de reconocimiento y pago de los servicios de salud .	16



SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD PARA EL “ESTUDIO DE SUFICIENCIA PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN 2010 Y DE LOS ACTUALES MECANISMOS DE AJUSTE DEL RIESGO DETERMINANTES DEL GASTO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN”

Con el propósito de formular las propuestas técnicas que sirvan de insumo a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) sobre ajuste a los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (POS-C y POS-S) y sus respectivas Unidades de Pago por Capitación (UPC-C y UPC-S) para la vigencia 2012, el Ministerio de la Protección Social continuará realizando el Estudio de la suficiencia de la UPC para financiar los planes de beneficios, con base en información recopilada en todas las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de los dos regímenes.

Por lo anterior, es fundamental la colaboración interesada de las EPS para que suministren información veraz, fidedigna, confiable, actualizada, relevante, oportuna y explicable, con el fin de establecer si las primas pagadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son suficientes para financiar los planes de beneficios y realizar los estudios que van a soportar la decisión de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en relación con el incremento de las UPC, la modificación de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo o actualización a los contenidos de los planes de beneficios.

1 MARCO LEGAL

La Ley 100 de 1993¹, marco de la organización y funcionamiento del Sistema, establece entre otras cosas, que todo ciudadano debe participar en el SGSSS, que éste debe garantizar el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención, y que los servicios de salud a los que se garantizará acceso están definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Por dichos servicios se reconoce a las EPS un valor de prima llamado Unidad de Pago por Capitación (UPC), que debe ser definido por el CNSSS. El valor de la UPC debe ser revisado por lo menos una vez al año y el contenido del plan de beneficios POS según los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población.²

En el Plan Nacional de Desarrollo: “Estado Comunitario, Desarrollo para todos” -2006-2010-, expedido por la Ley 1151 de 2007, en el capítulo tercero de Reducción de la pobreza y promoción del empleo y la equidad, acápite de Seguridad social en salud y salud pública, Cobertura de aseguramiento establece que: “Es indispensable revisar, redefinir y ajustar los planes de beneficios y el valor de la Unidad de Pago por Capitación, atendiendo los cambios en la estructura y composición de la población, así como la transición epidemiológica. Para ello el organismo de regulación realizará los estudios técnicos anuales. Éstos deberán valorar los actuales beneficios, sus costos y su pertinencia a la luz de las condiciones de salud presentes y futuras de la población.”

¹ “Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”

² Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993 Artículos 156 y 162, publicada en el diario oficial. Año CXXIX. N. 41148. 23, diciembre, 1993



Adicionalmente en el mismo acápite de Metas y acciones requeridas contempla: “La implementación de un sistema de monitoreo de los costos de transacción de los servicios de salud y de un sistema de información que dé cuenta de los factores de riesgo, costos y frecuencias de uso, a través de los cuales sea posible tener insumos para monitorear el equilibrio de la Unidad de Pago por Capitación y revisar el plan de beneficios. Para el efecto será prioritario consolidar el uso de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). El organismo de regulación podrá implementar un sistema de información que permita cumplir con los objetivos aquí señalados y podrán definir multas o sanciones según corresponda, con el fin de incentivar el suministro de información.”

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Establecer los lineamientos para la solicitud de información sobre prestaciones de servicios a las EPS en el SGSSS, que servirá como insumo para determinar la composición y costos de los servicios utilizados por los afiliados del Sistema y establecer la suficiencia de la UPC para financiar el POS.

2.2 Objetivos específicos

1. Determinar la morbilidad atendida en cada EPS y en el Sistema.
2. Determinar las frecuencias de uso de los servicios de salud de la población afiliada en cada EPS y del Sistema.
3. Establecer el promedio del valor de la prestación de servicios a la población afiliada de cada EPS y del Sistema.
4. Construir estimaciones más ajustadas del valor que ha de reconocerse con cargo a la UPC por cuenta de la presencia de siniestros incurridos pero aún no reportados o no bien avisados en el reporte que se genera de esta solicitud de información.
5. Establecer la suficiencia de la UPC y realizar los ajustes que sean pertinentes para financiar y ajustar los servicios del POS en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado respectivamente.
6. Evaluar los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.



3 INSTRUCTIVO GENERAL

Para garantizar que la información suministrada cumpla con las condiciones técnicas necesarias para su utilización deberá ser preparada y enviada teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

3.1 Identificación de los Archivos

El archivo con la información suministrada debe venir identificado (nombrado en medio magnético y en el rótulo) con un código de 16 dígitos o caracteres de la siguiente forma:

- Tipo de archivo: El primer dígito será (S) cuando el archivo corresponde a servicios e (I) cuando el archivo corresponda al IBNR.
- Código de la EPS: Los 6 dígitos siguientes con 3 letras y 3 números corresponderán al Código de la EPS de acuerdo con el asignado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) así: EPS001 corresponde a la EPS cuyo código es el 001
- Régimen: El dígito siguiente define el Régimen al que pertenece la información. Para el Régimen Contributivo será C. Para el Régimen Subsidiado S, y para Régimen Subsidiado parcial será P.
- Registros: Los siguientes 8 dígitos, que corresponden al número de registros incluidos en el archivo.

Ejemplo: SEPS001C00500000 Corresponde al archivo de servicios (S) de la EPS001, en el régimen contributivo (C) que contiene 500000 de filas o registros (00500000).

3.2 Estructura y contenido de los archivos

3.2.1 Tipo de archivos y separadores

Los archivos a enviar deben ser en formato txt y las columnas deben estar separadas por coma (,).

3.2.2 Periodos a contemplar

El reporte de información corresponderá a los servicios de salud prestados durante **el período del 1 de Enero al 31 de Diciembre 2010**, independientemente de que la facturación de los mismos sea posterior al 31 de diciembre. La fecha de corte de la facturación es a Mayo 31 de 2011.

Para el caso del IBNR el reporte de información corresponderá a los servicios de salud prestados durante **el período del 1 de enero de 2008 a 31 de diciembre de 2010**, independientemente de que la facturación de los mismos sea posterior al 31 de diciembre. La fecha de corte de la facturación es a Mayo 31 de 2011.



3.2.3 Validaciones

La información reportada por las EPS, antes de ser enviada, debe ser validada con la malla de validación 2011 suministrada por el Ministerio de la Protección Social para los archivos de prestación de servicios, con el fin de detectar las inconsistencias existentes y hacer los ajustes o correcciones requeridas.

Para la validación del IBNR es importante precisar que la suma de los pagos para las fecha de atención con corte a las fechas de recolección deben ser iguales a los reportado como valor pagado en cada uno de los reportes, esta validación corresponde a los reportados para el año 2010.

El Ministerio de la Protección Social una vez reciba la información realizará una nueva validación y requerirá a las EPS por medio electrónico, para la corrección de las inconsistencias o errores en un término no mayor a 5 días.

Para disminuir la posibilidad de errores en la información suministrada, se solicita comprobar por una persona diferente a la que produce los informes lo siguiente:

- Que el archivo abra.
- Que el archivo esté nombrado de acuerdo con el instructivo y contenga la información acorde con el mismo.
- Que la estructura y contenido del archivo sea aceptado por la **malla de validación 2011** suministrada por el Ministerio de la Protección Social.

Es importante precisar, que las tablas y la malla de validación están disponibles en la página web del Ministerio de la Protección Social, <http://www.pos.gov.co/Paginas/EstudioSuficienciaPOS-UPC.aspx>.

3.2.4 Medios de envío

Se solicita el envío de información en CDs y/o DVDs debidamente rotulados individualmente así: Solicitud información MPS 2011, período 2010, código y nombre de la EPS, el número del total de medios (Ejemplo: en caso de tener 3 CDs marcar 1 de 3, 2 de 3 y 3 de 3) y el nombre de los archivos contenidos de acuerdo con las instrucciones que se especificaron anteriormente.

4 REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN

Para el cumplimiento de los objetivos anteriores **se requiere información desagregada** de todas y cada unas de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos realizados a los afiliados, con los que se garantizó el POS contemplado en cada uno de los regímenes.

De manera transitoria, se permite el reporte de información agregada por actividad, intervención, procedimiento, medicamento e insumos, **solamente** en los casos previstos en este instructivo.



4.1 Información requerida sobre prestación de servicios de salud

La información solicitada corresponde al registro de cada una de las actividades, intervenciones y procedimientos realizados; los medicamentos entregados; e insumos suministrados a los afiliados a las EPS, considerando todas las variables que se detallan en la tabla 2.

4.1.1 Definiciones

1. **Actividad:** es el conjunto de acciones, operaciones o tareas dentro de un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos y/o tecnológicos.
2. **Procedimiento:** Secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
3. **Intervención en salud:** conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
4. **Medicamento:** Es toda sustancia integrada en una forma farmacéutica destinada a su utilización en las personas dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias o para afectar funciones corporales o al estado mental, todo ello por la vía de administración adecuada, y con la dosificación de fármaco prevista.
5. **Insumos:** Hace referencia a los materiales, suministros, dispositivos médicos, prótesis, ortesis, injertos, válvulas, marcapasos, elementos ortopédicos y otros elementos de uso médico incluidos en el POS; y las soluciones para preservación, procesamiento, almacenamiento y transporte de un órgano o componente anatómico con fines de trasplante.
6. **IBNR:** El IBNR (por sus siglas en inglés) o reserva de siniestros incurridos pero no reportados, se refiere al monto a causar por las atenciones ocurridas pero no reservadas al momento del estudio, e indica todas aquellas prestaciones cuyos montos no son conocidos ni registrados en base de datos.
7. **IBNER:** El IBNER (por sus siglas en inglés) o reserva de siniestros incurridos pero no suficientemente bien reservadas, se refiere a las reservas asociadas con todas aquellas diferencias que surgen entre los costos estimados y registrados como reserva por parte de los servicios prestados, y los valores reales que se reconocerán por estas atenciones.



A continuación se presenta la normatividad aplicable a los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Tabla 1 Normatividad aplicable al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado

Norma	Tema o asunto
Resolución 5261 de 1994	"Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud"
Resolución 2816 de 1998	Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994
Decreto 806 de 1998	Precisa temas de exclusiones, periodos mínimo de cotización y atención no POS y Precisa tema de atención no POS-S (Art. 30 y 31)
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
Resolución 3384 del 2000	Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.
Decreto 783 de 2000	Define Atención Inicial de Urgencias
Acuerdo 260 de 2004	Define las bases para cobros de cuotas moderadoras y copagos
Circular Externa 094 de 2004 (Noviembre 26)	Aclaración de cobertura de servicios para la Rehabilitación Pulmonar en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.
Resolución 4905 de 2006	Norma técnica para IVE
Resolución 3442 de 2006	Guías para atención de ERC y VIH-Sida
Resolución 2933 de 2006	Suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y recobro de la EPS al Fosyga
Circular Externa 010 de 2006 (Marzo 22)	Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Atención Inicial de Urgencias
Ley 1122 de 2007	Reduce Periodo Mínimo de Cotización (PMC) a 26 semanas, artículo 14.
Acuerdo 365 de 2007	Se establecen excepciones de copagos a grupos poblacionales específicos
Ley 1122 de 2007	Exime de copago a afiliados en Régimen Subsidiado con clasificación Sisben 1
Circular Externa No 63 de 2007	Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH
Resolución 4003 de 2008	Anexo técnico para cumplimiento del Acuerdo 395
Resolución 7693 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Acuerdo 008 de 2009 de la CRES	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 011 de 2010 de la CRES	Por el cual se da cumplimiento al Auto No 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 023 de 2011 de la CRES	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a partir del primero de abril del año 2011.

Fuente: Ministerio de la Protección Social



4.1.2 Fuente de datos

Los registros individuales deben obtenerse del **Sistema de Información de las EPS**. Se deben incluir, independientemente de la forma de reconocimiento y pago, todas las actividades, intervenciones y procedimientos realizados; los medicamentos entregados; e insumos suministrados durante el año 2010 y cubiertos por los planes de beneficios.

4.1.3 Unidad de Registro para los servicios reportados

La unidad de registro para el archivo de servicios es la **actividad, intervención, procedimiento realizado, medicamento entregado e insumo suministrado**, a personas plenamente identificadas, en una fecha definida. Cuando en una misma fecha se prestan varios servicios se registrarán uno a uno con su respectivo código.

Cada registro debe contener un solo tipo de actividad, intervención, procedimiento o medicamento, de acuerdo a la descripción de variables y estructura del siguiente archivo:

Tabla 2 Variables y estructura del archivo de prestación de servicios de salud

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
1	Código de la EPS (EPS/EOC/ESS/CCF/EPSI)	Código de la EPS de acuerdo con el asignado por la SNS	7 Tipo texto	Código de la EPS que reporta de acuerdo con la tabla de códigos de EPS, SNS
2	Tipo de Identificación	Tipo de identificación del afiliado	2 Tipo texto	TI: Tarjeta Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula Extranjería PA: Pasaporte RC: Registro Civil NU: Número Único de Identificación Personal MS: Menor sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado). AS: Adulto sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado)
3	Identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	20 Tipo Texto	Alfanumérico Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002 y 812 de 2007
4	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA (Verificar fechas de nacimiento anteriores a 01/01/1900)
5	Sexo	Genero del afiliado	1 Tipo texto	F: Femenino M: Masculino
6	Código Departamento	Código del departamento en donde reside el afiliado	2 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE. Se anexa TABLA
7	Código Municipio	Código del municipio en donde reside el afiliado	3 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE. Se anexa TABLA
8	Código del Diagnóstico	Código del Diagnóstico principal que originó la prestación.	4 Tipo texto	Codificación en CIE 10. Se anexa TABLA
9	Fecha de Prestación del servicio	Fecha en que fue prestado el servicio	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual. Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.
10	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamentos e insumos	Código de actividad, intervención, procedimiento, medicamentos e insumos de acuerdo a las tablas de CUPS, y los Acuerdos 228, 236, 282 y 336, así como el código INSUMOS y MEDIAMBU.	11 Tipo texto	La única codificación permitida es CUPS; y para los medicamentos ambulatorios incluidos en el POS los Acuerdos 228, 236, 263, 282 y 336 del CNSSS. El código para insumos (INSUMOS) se incluye en la Tabla CUPS y el código para medicamentos ambulatorios no identificados (MEDIAMBU) se incluye en la tabla MEDI

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
11	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumos	Identificador para determinar el ámbito de realización de la actividad intervención o procedimiento, medicamentos, insumos según la ubicación funcional donde esta se presta.	1 Texto	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario
12	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento, insumos	Clasificar la actividad o el procedimiento según tipo de contratación (Ver descripción numeral 4.1.5)	1 Tipo Texto	S: Pago por servicio T: Pago por servicios sin detalle C: Capitación P: Pago por Paquete o conjunto de atención D: Pago por Diagnóstico I: Pago Directo A: Autorizado
13	Número de días estancia o unidades de forma farmacéutica entregada	Suma de los días de estancia facturados o de la unidad de la forma farmacéutica entregada.	3 Tipo número	Días que permaneció hospitalizado. Todos los registros con código de Internación deberán diligenciar este campo. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico, en ámbito hospitalario y forma de reconocimiento y pago por paquete, diagnóstico y servicio sin detalle, se debe incluir valor en este campo con el valor promedio del evento. En los casos de no contar con el detalle de los días de estancia, este campo lo debe diligenciar estimando los días según las estadísticas de la EPS por evento. Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios, en, los registros de medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0). Cuando no aplique en ninguno de los dos casos anteriores registrar cero (0).
14	Valor actividad, intervención y procedimiento, medicamento, insumos	Valor reconocido por la EPS al prestador por concepto de la atención prestada (Ver descripción numeral 4.1.5)	10 Tipo número	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0)
15	Valor asumido por el usuario (Cuota y copago)	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	10 Tipo número	Corresponde al valor pagado por el usuario: incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a ordenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0). Reportar sin decimales



Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
16	Tipo de codificación utilizada	Indica a que manual de referencia corresponde el código que identifica la actividad, procedimiento o intervención, medicamento, insumos.	4 Tipo texto	CUPS: Resolución 365 de 1999 y ss MEDI: Acuerdos 228, 236, 263, 282 y 336 del CNSSS
17	Código del Prestador de Servicios de Salud	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" (tabla anexa)	12 Tipo texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" (tabla anexa)

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

NOTA: Todos los campos son obligatorios. No deben dejarse campos sin dato o vacíos. Los campos numéricos deben reportarse sin decimales. El archivo no debe incluir encabezados.

Aclaraciones sobre tabla 2 Variables y estructura del archivo de prestación de servicios de salud

Campo 17

1. Para prestadores que no se encuentren dentro del listado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud se debe conformar el código así:

a) Para prestadores de servicios de Salud y proveedores de insumos, medicamentos, oxígeno y transportes con **NIT** escribir el número sin puntos ni guiones anteponiendo la letra **N**.

Ejemplo: Fundación Nacional de Transplante NIT 900092912
Código Validador **N900092912**

b) Para prestadores de servicios de Salud y proveedores de insumos, medicamentos, oxígeno y transportes con **Cédula** de Ciudadanía escribir el número sin puntos ni guiones anteponiendo la letra **C**.

Ejemplo: Fernando Briceño Rincón C.C. 79380644
Código Validador **C79380644**

La EPS debe reportar en una hoja de Excel la siguiente información: nombre, dirección, municipio, departamento, teléfono, fax, email, y descripción del proveedor, de los prestadores que haya reportado con **N** y **C**.



Aclaraciones Generales

Se precisa que los códigos de reporte de traslado de pacientes diferente a ambulancia contemplados en el artículo 2. de la Resolución 5261 de 1994 son: para traslados acuáticos (S31102), aéreos (S31202) y terrestres (S31302).

Se reitera que siguen vigentes los códigos de reporte de actividades individuales para dentro del marco del Acuerdo 326 de 2006, utilizados en el año 2007, producto de las reuniones que se realizaron durante el mismo año con las diferentes EPS indígenas. Las reuniones tenían por objeto dar a conocer la solicitud de información del Estudio de Suficiencia UPC 2006 y concertar las actividades, intervenciones y procedimientos de adecuación del POS del Régimen Subsidiado³. Los códigos se relacionan en la tabla a continuación:

Tabla 3 Códigos de reporte de actividades del POS del régimen subsidiado de los pueblos indígenas

Código	Actividad, intervención o procedimiento
S500001	Casa de paso
S500002	Guías bilingües
S500003	Acciones individuales de medicina tradicional
S500004	Acciones individuales de adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena
S500005	Acciones individuales de promoción y prevención en salud indígena
S500006	Acciones individuales de subsidios y/o autonomía alimentaria

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

4.1.4 Unidad de Registro para el IBNR

La unidad de registro para el archivo es cada pago hecho por cada atención. Así cuando por una misma atención se generan varios pagos, en el archivo han de aparecer tantas filas como pagos hechos.

³ Acuerdo 326 de 2006 "Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas"

Tabla 4 Variables y estructura del archivo de pagos

No	Nombre del Campo	Descripción	Longitud	Valores Permitidos
1	Código de la (EPS/EOC/ESS/CCF/ EPSI)	Código de la EPS de acuerdo con el asignado por la SNS	7 Tipo Texto	Código de la EPS que reporta de acuerdo con la tabla de códigos de EPS, SNS
2	Tipo de identificación	Tipo de identificación del afiliado	7 Tipo Texto	TI: Tarjeta Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula Extranjería PA: Pasaporte RC: Registro Civil NU: Número Único de Identificación Personal MS: Menor sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado). AS: Adulto sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado)
3	Identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	Alfanumérico con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002 y 812 de 2007
4	Fecha de Prestación del servicio	Fecha en que fue prestado el servicio	10 Tipo Fecha	DD/MM/AAAA Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual. Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.
5	Fecha de Pago	Fecha en que se efectúa el pago	10 Tipo Fecha	DD/MM/AAAA
6	Valor Pagado	Valor pagado por la EPS al prestador por concepto de la atención prestada.	10 Tipo Número	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0) En caso de reintegros estos deben aparecer en valor negativo
7	Numero de Factura	Número único que identifica la factura que soporta el pago	15 Tipo Texto	Alfanumérico correspondiente a la factura soporte de este pago
8	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento, insumos	Clasificar el pago según tipo de contratación	1 Tipo Texto	S: Pago por servicio T: Pago por servicios sin detalle C: Capitación P: Pago por Paquete o conjunto de atención D: Pago por Diagnóstico I: Pago Directo

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

NOTA: Todos los campos son obligatorios. No deben dejarse campos sin dato o vacíos.

En el anexo 10.3 encontrará ejemplos para el diligenciamiento del IBNR

4.1.5 Definición de los ítems a detallar en el valor

El valor reconocido se debe registrar de acuerdo con la forma de reconocimiento y pago, así:

Tabla 5 Forma de registrar del valor según la forma de reconocimiento y pago de los servicios de salud

FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO	FORMA DE REGISTRAR EL VALOR DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO
<p>Pago por servicio: Es el reconocimiento por la actividad, procedimiento, intervención, medicamento o insumo más desagregado</p>	<p>Registrar el valor individual reconocido por la EPS, por cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos o insumos.</p> <p>En el caso de insumos registrar el valor agregado de los insumos suministrados para una misma actividad, intervención o procedimiento.</p> <p>En el caso de las intervenciones o procedimientos quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honorarios o servicios profesionales por médico general o especialista y valoración intra hospitalaria pre parto. • Derechos de sala de cirugía, parto y recuperación • Derechos de materiales <p>En caso de intervenciones bilaterales o múltiples practicadas por el mismo o diferente cirujano y/o por la misma o diferente vía de acceso se debe registrar el valor de cada cirugía agregado de acuerdo a lo detallado anteriormente, la intervención mayor en un 100% y las adicionales de acuerdo a los valores y/o porcentajes acordados con el prestador.</p> <p>En las intervenciones o procedimientos no quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como yeso, curaciones, procedimientos especiales, entre otros.</p> <p>En la diálisis peritoneal se debe registrar el valor mensual y en las hemodiálisis por sesión se debe registrar el valor agregado de derechos de sala, servicios profesionales, materiales e insumos.</p>



<p>Pago por servicio sin detalle: Es el reconocimiento por la actividad, procedimiento, intervención, insumos o medicamento más desagregado, pero que no fue cargado en el sistema de información a nivel de cada actividad, intervención o procedimiento en forma detallada.</p> <p>Esta forma de registrar la información derivada de la forma de reconocimiento y pago por servicios en la cuál no se tiene el detalle de las actividades, intervenciones y procedimientos.</p>	<p>Registrar el valor reconocido por la EPS, por cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, e insumos o medicamentos, de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención de urgencias con el código CUPS de la consulta correspondiente e incluyendo el valor de: consulta inicial, exámenes de diagnóstico, procedimientos, y observación, así como medicamentos e insumos utilizados hasta el momento en que se definió el destino del paciente.• Internación para tratamiento médico con el Código CUPS correspondiente según el nivel de complejidad y valor agregado de: Estancia, Honorarios o servicios profesionales por médico general o especialista e interconsultas; laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos; medicamentos e insumos. En caso de intervenciones o procedimientos no quirúrgicos se debe agregar al valor los servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como endoscopias, curaciones, procedimientos especiales, entre otros. Para estos casos es indispensable incluir en el campo de días de estancia el número de días que permaneció el paciente en habitación en piso.• Intervenciones o procedimientos quirúrgicos o atención de parto con internación: se debe registrar el código CUPS del procedimiento quirúrgico o parto y el valor agregado de: Estancia, Honorarios o servicios profesionales por médico general o especialista y valoración intra hospitalaria pre quirúrgico o pre parto; Derechos de sala de cirugía, parto y recuperación; laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos; medicamentos e insumos. Para estos casos es indispensable incluir en el campo de días de estancia el número de días que permaneció el paciente en habitación en piso.• En caso de existir estancia en UCI deberá crearse un registro adicional que incluya el código correspondiente, y el valor agregado de la estancia, honorarios o servicios profesionales por médico especialista, interconsultas, laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos; medicamentos e insumos. En caso de intervenciones o procedimientos no quirúrgicos se debe agregar al valor los servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como endoscopias, curaciones, procedimientos especiales, entre otros. Para estos casos es indispensable incluir en el campo de días de estancia el número de días que permaneció el paciente en UCI. <p><u>Para estos casos al no contar con la información en forma detallada se enviará una certificación firmada por el representante legal, en donde se expliquen las razones por las cuáles no se cuenta con esta información.</u></p>
<p>Pago por procedimiento / paquete / conjunto de atención integral: Es el reconocimiento por paquete o conjunto</p>	<p>Registrar el valor total reconocido por la EPS por el paquete o conjunto de atención integral para el procedimiento mayor; para el resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos</p>



<p>de atención de todo lo relacionado con la intervención o procedimiento quirúrgico o no quirúrgico</p>	<p>incluidos en el paquete debe diligenciarse con el valor cero (0). Las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos <u>no incluidos</u> en el paquete o conjunto de atención integral deben registrarse de acuerdo a la forma de reconocimiento y pago acordado con el prestador. En caso de no contar con la información del resto de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos o medicamentos e <u>incluidos</u> en el paquete se enviara una certificación que explique la razón para no contar con estos registros.</p>
<p>Pago por diagnóstico: Es el reconocimiento global por la atención de un paciente con un diagnóstico específico.</p>	<p>Registrar el valor total reconocido por la EPS por las atenciones generadas por un paciente con un diagnóstico específico, en el procedimiento mayor; en el resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos incluidos en el pago debe diligenciarse con el valor cero (0) Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos o medicamentos <u>no incluidos</u> en el pago por diagnóstico deben registrarse de acuerdo a la forma de reconocimiento y pago acordado con el prestador. En caso de no contar con la información del resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos <u>incluidos</u> en el valor del pago por diagnóstico se enviara una certificación que explique la razón para no contar con estos registros.</p>
<p>Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	<p>Registrar para cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos prestados en la red propia el valor promedio calculado según número de actividades, intervenciones y procedimientos registrados.</p>
<p>Capitación: Es el reconocimiento de un valor fijo por afiliado registrado, sin tomar en consideración el número de servicios en un periodo.</p>	<p>Registrar cada una de las actividades, intervenciones y procedimientos prestados a cada afiliado en el período capitado. Cuando se cuente con una valorización de la actividad se debe registrar dicho valor, de lo contrario se debe registra el valor 0. En los casos de no contar con el detalle las actividades, intervenciones, procedimientos, e insumos o medicamentos deben reportarse según lo establecido para el pago por servicios sin detalle.</p>
<p>Autorizado: Corresponde a los valores que constituyen la reserva técnica de servicios autorizados y no facturados a 31/05/11</p>	<p>Registrar el valor total reservado por la EPS para el servicio autorizado en su red de prestadores de servicios de salud.</p>

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

Es importante resaltar que los valores totales por cada una de las formas de reconocimiento y pago deberán registrarse en la carta modelo de remisión de la información, tal y como se detalla en el formato anexo.



5 COBERTURA DE INFORMACIÓN

Con el propósito de adelantar tareas adicionales de revisión y ajuste, especialmente en lo que tiene que ver con la representatividad de la información enviada en los registros remitidos al Ministerio de la Protección Social, se hace necesario conocer la real cobertura de la información reportada por las EPS en registros individuales por servicio, actividad, procedimiento o intervención.

Para esto se debe diligenciar la matriz adjunta, la cual debe ser enviada en medio físico y magnético, teniendo en cuenta dos variables de referencia, el ámbito donde se realizó la prestación del servicio y la forma de reconocimiento o pago del servicio de salud prestado, con:

- El número de registros de prestación de servicios individuales que debían ser entregados por las IPS a la EPS en el año del estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que esta reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS en el año del estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que esta reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El número de registros de prestación de servicios individuales que se envían al Ministerio de la Protección Social y que pasaron la malla de validación por parte de la EPS según la estructura y contenido del archivo de la Tabla 2. correspondientes al año de estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que esta reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El valor declarado en la certificación del representante legal.
- El valor soportado en la base de datos de los registros enviados al
- MPS y que pasaron la malla de validación.



6 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Los procesos de calidad de las bases de datos de prestación de servicios de salud son los siguientes:

Calidad 1

Verificación de la estructura de los archivos de reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido en la solicitud de información.

Calidad 2 y 3

Verificación de la consistencia interna de la información se relaciona con la revisión de las relaciones entre diagnósticos con edad y sexo; y actividades, intervenciones y procedimientos con sexo. Verificación cruzada de la información buscando la correspondencia entre las actividades, intervenciones y procedimientos con su ámbito y días de estancia; y en el ámbito ambulatorio alertas en cuanto a valores reconocidos máximos y mínimos.

En la consistencia interna de la información se realizan validaciones cruzadas entre dos o más variables de la solicitud, utilizando dos tablas una para Diagnósticos y otra para Actividad, intervención y procedimiento.

- Diagnósticos

Para la validación del Diagnostico se utiliza la tabla de CIE10 (CIE-10 validador.xls) con cinco columnas (código del diagnostico, nombre del diagnostico, sexo, edad mínima y edad máxima).

La primera columna se utiliza para la validación del campo en calidad 1, la columna Diagnostico, sexo, Edad Min. y Edad Máx. Se hacen validaciones cruzadas de la siguiente manera:

Sexo: (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.

Edad: El valor de la edad se calcula en años con la fecha de nacimiento que aparece en el reporte y el 31 de Diciembre de 2010, para los casos en los cuales no existe límite inferior el valor cero en la tabla y para los casos en los cuales no existe límite superior el valor es 999 en la tabla

- Actividad, intervención y procedimiento.

Para la validación de Actividad, intervención y procedimiento se utiliza la tabla de CUPS con 8 columnas (cups_validador.xls) Código, Descripción, sexo, Ámbito, límite inferior, límite superior, estancia, único. Las cuales cruzan dos o tres columnas según los siguientes criterios:



1. La primera columna se utiliza para la validación del campo en calidad 1.
2. La primera columna y la columna sexo valida el Genero de la Actividad, intervención y/o procedimiento (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.
3. La primera columna y la columna Ámbito validan el ámbito de la Actividad, intervención y/o procedimiento A: Ambulatorio, H: Hospitalario, U: Urgencias, D: Domiciliario, Z: Indistinto
4. La primera columna y las columnas limite inferior y limite superior hace validación cruzada entre Actividad, intervención y/o procedimiento, forma de reconocimiento "S" y los valores tarifario mayores 1,5, menores 0,5 o iguales a cero (0). Esta validación no genera un error es solo una alerta para que la EPS tenga en cuenta por si al generar el archivo se generan valores de consultas de medicina general de \$300.000.000 como ocurrió en anteriores ocasiones.
5. La primera columna, el ámbito y la columna estancia hace las siguientes validaciones:
 - a. ámbito A o U o D tiene días de estancia cero, son códigos de la columna estancia marcados con B.
 - b. Si ámbito es H debe tener días de estancia mayor que cero, son los códigos de la columna estancia marcados con E.
6. La primera columna y ámbito hacen las siguientes
 - a. Forma de reconocimiento "T" y ámbito "H" debe tener días de estancia mayor que cero
 - b. Forma de reconocimiento diferente de "T" y códigos de la columna ámbito marcado como "H" días de estancia mayores que cero

Calidad 4

Verificación de derechos de los usuarios cruza los usuarios a los que se les prestaron servicios contra la totalidad de las base de datos de poblacionales disponibles.

Calidad 5

Verificación de atenciones en salud únicas, detecta registros iguales por año y día con las variables de identificación y fecha de servicio.

Para la validación de atenciones en salud únicas, se utiliza la tabla de CUPS (cups_validador.xls), la validación se hace con la primera y última columna aplicando las siguientes reglas:



- Duplicados A (Únicos Año), registros iguales por EPS, tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, actividad

```
select eps, tipo_ide, num_ide, fecha_naci, sexo, cod_dpto, cod_muni, diag, fecha_serv, actividad, ambito,
forma_rec, dias_estan, valor, valor_usu, tipo_cod,
from dbo.servicios
where (num_ide in (select num_ide
from dbo.sera as tempo
group by eps, tipo_ide, num_ide, fecha_naci, actividad
having (count(*) > 1)
and (eps = sera.eps)
and (tipo_ide = sera.tipo_ide)
and (num_ide = sera.num_ide)
and (fecha_naci = sera.fecha_naci)
and (actividad = sera.actividad))))
```

- Duplicados G (Únicos fecha de Servicio), registros iguales EPS, tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, fecha de servicio, actividad

```
select * from servicios
where (((serg.num_ide)
in (select num_ide from serg as tempo
group by eps,tipo_ide,num_ide,fecha_naci,fecha_serv,actividad
having count(*) >1
and eps=serg.eps
and tipo_ide=serg.tipo_ide
and num_ide=serg.num_ide
and fecha_naci=serg.fecha_naci
and fecha_serv=serg.fecha_serv
and actividad=serg.actividad))));
```

Calidad 6

Verificación de frecuencias y valor de afiliados con frecuencias mayores a 100 actividades anuales y valores de prestación de servicios mayores a \$100.000.000 de pesos.

En este proceso de calidad se cuentan las actividades por afiliado con los criterios de agrupación EPS, tipo de identificación, número de identificación y forma de reconocimiento y pago y se seleccionan aquellos con cien (100) o más actividades.

```
select eps, tipo_ide, num_ide, count(actividad), forma_rec from dbo.servicios
group by eps, tipo_ide, num_ide, forma_rec
having count (actividad) >= 100
```



El mismo proceso se hace sumando el campo valor y se seleccionan aquellos con suma de valor mayor o igual a cien millones \$100.000.000 de pesos.

```
select eps, tipo_ide, num_ide, sum(valor), forma_rec from dbo.servicios
group by eps, tipo_ide, num_ide, forma_rec
having sum(valor) >= 100000000
```

Calidad 7

Verificación de afiliados con el mismo tipo de identificación y número de identificación que aparecen con diferente sexo o fecha de nacimiento.

7 RELACIÓN DE ANEXOS:

- Tablas División político administrativa – DANE, Codificación CIE – 10, CUPS, CODIFICACIÓN MEDICAMENTOS en medio magnético y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- Tablas de validación de cada uno de los procesos de la malla de validación 2011 en medio magnético.
- Formato carta de remisión de información. (Uno por Régimen, en caso de que la EPS maneje más de un régimen)
- Formato de Solicitud de información sobre la cobertura de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al MPS para la realización del Estudio de Suficiencia UPC/POS 2010.

8 ENVÍO DE LA INFORMACIÓN

La información debe ser dirigida a la Dirección de Gestión de la Demanda, a nombre del Dr. Orlando Gracia Fajardo a más tardar el día viernes 19 de Agosto de 2011 con la carta remisoría según formato anexo.

9 CONSULTAS

Las consultas acerca del envío de la información o del presente instructivo puede realizarlas a la Dirección General de Gestión de la Demanda a través de las siguientes direcciones de correo electrónico:

ghurtado@minproteccionsocial.gov.co
jlinares@minproteccionsocial.gov.co
gtorreso@minproteccionsocial.gov.co



10 ANEXOS

10.1 Formato carta de remisión de información 2010

(Favor diligenciar un formato por cada régimen: R contributivo, R subsidiado pleno, R subsidiado parcial y para el período comprendido de Enero 1 a Diciembre 31 de 2010)

Ciudad: _____, día ___ de mes _____ de 2011

Doctor

Orlando Gracia Fajardo

Director General de Gestión de la Demanda
Ministerio de la Protección Social

Asunto: Remisión de información para el estudio de suficiencia de UPC/POS

Nombre de la empresa promotora de salud _____

Régimen _____ (Una carta por c/ Régimen)

Respetado doctor,

Por la presente estamos enviando los medios y archivos relacionados a continuación:

Código de la EPS	Régimen	Número de medios	Tipo de medios	Nombre de archivos	Tamaño (MB)	Número de registros (Filas)
			CD: Disco compacto DVD: Disco Versátil Digital			

Nota: Fecha de corte de la facturación de prestadores es a Mayo 31 de 2011.

Certifico que el gasto total del régimen _____ reportado para el período comprendido entre el Enero 1 a Diciembre 31 de 2010 según forma de reconocimiento y pago, fue de:

\$ _____ por capitación
\$ _____ por pago por servicios
\$ _____ por pago por procedimiento
\$ _____ por diagnóstico
\$ _____ directo
\$ _____ Autorizaciones
\$ _____ Total



Reporte Cuotas Moderadoras y Copagos

Marque con una (X) la manera como reporta los campos 14 y 15 del archivo de prestación de servicios de salud. Los valores reportados en el campo 14 y 15 son mutuamente excluyentes.

	SI	NO
El valor del Campo 14 y el valor de Campo 15 son reportados según instructivo		
El valor reportado del Campo 14 incluye el valor reportado en el Campo 15 (Es decir, el valor total de la atención es el valor del campo 14)		

Adicionalmente, me permito certificar el monto total del gasto en servicios de salud en el período comprendido entre 1 de Enero a 31 de Diciembre de 2010 por los siguientes conceptos:

CONCEPTO	VALOR
Póliza(s) de alto costo, adquirida(s) para reasegurar los siniestros por alto costo	
Reembolsos o pagos hechos a las EPS, por reclamación de los siniestros de alto costo	
CTC no reconocido*	
Tutelas no reconocido*	

Las fuentes de información de los archivos de prestación de servicios (S) utilizada para generar el informe fue:

CONTACTOS EN LA EPS:

Las personas que pueden contactar para resolver cualquier inquietud acerca de la información son:

Nombre: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Atentamente

Firma y nombre del representante legal de la EPS

Firma y nombre del Revisor Fiscal de la EPS

Se anexa lo enunciado en medio magnético



10.2 Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al MPS el período comprendido entre Enero 1 a Diciembre 31 de 2010

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN A LA DEMANDA

Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al MPS el período comprendido entre Enero 1 a Diciembre 31 de 2010

EPS:

CÓDIGO:

NOMBRE

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

RÉGIMEN SUBSIDIADO PLENO

RÉGIMEN SUBSIDIADO PARCIAL

ÁMBITO	DATOS	PAGO POR SERVICIO (S)	PAGO POR SERVICIO SIN DETALLE (T)	PAGO POR PAQUETE (P)	PAGO POR DIAGNOSTICO (D)	PAGO DIRECTO (I)	AUTORIZACIONES (A)	PAGO POR CAPITACIÓN (C)
URGENCIAS	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							
HOSPITALARIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							



ÁMBITO	DATOS	PAGO POR SERVICIO (S)	PAGO POR SERVICIO SIN DETALLE (T)	PAGO POR PAQUETE (P)	PAGO POR DIAGNOSTICO (D)	PAGO DIRECTO (I)	AUTORIZACIONES (A)	PAGO POR CAPITACIÓN (C)
AMBULATORIO	Número de registros de prestación se servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							
DOMICILIARIO	Número de registros de prestación se servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							
TOTAL	Número de registros de prestación se servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							

Atentamente

Firma y nombre del representante legal de la EPS

Firma y nombre del Revisor Fiscal de la EPS

Se anexa lo enunciado en medio magnético



10.3 Ejemplos de casos para el reporte de la información para el IBNR

Ejemplo 1

El día 10 de abril de 2010 el paciente Juan Fernández identificado con cédula de ciudadanía 12345678 de la ciudad de Bogotá es atendido en la IPS A para un procedimiento de Urgencias dada una fractura en su brazo. La EPSXX tiene un contrato por evento con la IPS A. El día 25 de abril la IPS mediante factura 000001 solicita a la EPS el pago del reconocimiento por cuenta de esta atención y su convenio mediante una factura discriminada en 10 procedimientos por un monto de \$758.325. La EPSXX revisa esta información y encuentra que \$58.325 no corresponden a procedimientos asociados con el diagnóstico asociado por lo que glosa esta factura el día 10 de mayo de 2010. En respuesta la IPS hace llegar la factura 000002 la cual cuenta con 9 procedimientos por un monto de \$700.000 y la factura 000003 por un monto de \$58.325 la cual acompaña con un oficio en donde sustenta la realización del procedimiento. La EPS XX paga en el día 20 de mayo de 2010 la factura 000002 y el día 25 de julio de 2010 luego de un proceso de conciliación de facturas con la IPS cancela \$58.325 de la factura 000003.

Así debe diligenciarse el campo

Cod_Eps	Tipo_ID	ID_Numer	Fecha_Prestacion	Fecha_Pago	Valor_pagado	Numero_factura	Forma_Reconocimiento
EPSXX	CC	1234567	10/04/2010	20/05/2010	700000	000002	S
EPSXX	CC	1234567	10/04/2010	25/07/2010	58325	000003	S

Ejemplo 2

Suponga que en el ejemplo 1 el contrato que se tiene es Per cápita en donde se paga por esta atención un costo fijo de \$500.000. El día 25 de abril la IPS mediante factura 000001 solicita el pago de las atenciones hechas a 8 pacientes en una única factura según se presenta a continuación:

Identificación	Fecha de atención	Valor
CC1234567	10/04/2010	500,000
CC234567	09/04/2010	500,000
CC34567	11/04/2010	500,000
CC4567	01/04/2010	500,000
CC7654321	30/03/2010	500,000
CC654321	12/04/2010	500,000
CC54321	11/04/2010	500,000
CC4321	10/04/2010	500,000
TOTAL		4,000,000

Esta factura es cancelada el día 10 de mayo con un único pago de \$4.000.000



Cómo se debe diligenciar el formato?

Cod_Eps	Tipo_ID	ID_Numer	Fecha_Prestacion	Fecha_Pago	Valor_pagado	Numero_factura	Forma_Reconocimiento
EPSXX	CC	1234567	10/04/2010	10/05/2010	500000	000001	C
EPSXX	CC	234567	09/04/2010	10/05/2010	500000	000001	C
EPSXX	CC	34567	11/04/2010	10/05/2010	500000	000001	C
EPSXX	CC	4567	01/04/2010	10/05/2010	500000	000001	C
EPSXX	CC	7654321	30/03/2010	10/05/2010	500000	000001	C
EPSXX	CC	654321	12/04/2010	10/05/2010	500000	000001	C
EPSXX	CC	54321	11/04/2010	10/05/2010	500000	000001	C
EPSXX	CC	4321	10/04/2010	10/05/2010	500000	000001	C

Ejemplo 3

Suponga que en el ejemplo 1 la factura 000003 no ha podido ser conciliada a la fecha de corte. Cómo se debe diligenciar el formato?

Cod_Eps	Tipo_ID	ID_Numer	Fecha_Prestacion	Fecha_Pago	Valor_pagado	Numero_factura	Forma_Reconocimiento
EPSXX	CC	1234567	10/04/2010	20/05/2010	700000	000002	S

Ejemplo 4

Suponga que en el ejemplo 3, la factura se paga en dos contados el primero el día 10 de mayo de 2010 por un monto de \$2.000.000 y el segundo por un monto de \$2.000.000 el día 10 de julio de 2010. Cómo se debe diligenciar el formato?

Cod_Eps	Tipo_ID	ID_Numer	Fecha_Prestacion	Fecha_Pago	Valor_pagado	Numero_factura	Forma_Reconocimiento
EPSXX	CC	1234567	10/04/2010	10/05/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	234567	09/04/2010	10/05/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	34567	11/04/2010	10/05/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	4567	01/04/2010	10/05/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	7654321	30/03/2010	10/05/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	654321	12/04/2010	10/05/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	54321	11/04/2010	10/05/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	4321	10/04/2010	10/05/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	1234567	10/04/2010	10/06/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	234567	09/04/2010	10/06/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	34567	11/04/2010	10/06/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	4567	01/04/2010	10/06/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	7654321	30/03/2010	10/06/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	654321	12/04/2010	10/06/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	54321	11/04/2010	10/06/2010	250000	000001	C
EPSXX	CC	4321	10/04/2010	10/06/2010	250000	000001	C