



Introducción

La ley 87-01 establece que toda la población dominicana, independientemente de su condición social, laboral, económica y del régimen financiero a que pertenezca, tiene derecho a los servicios de salud que se incluyen en el Catálogo de Prestaciones de Servicios de Salud del PDSS. Esta ley establece los derechos y deberes recíprocos entre el estado y actores vinculados (afiliados, dependientes, empleadores y administradores de riesgo), cuyas disposiciones son consideradas de orden público. Asimismo, establece tres regímenes de financiamiento a) el Contributivo, b) el Subsidiado y c) el Contributivo Subsidiado. Cada cual con características y fuentes de financiamiento distinto.

En su artículo 129 la Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social establece que este garantizará, un Plan Básico de Salud de carácter integral, en forma gradual y progresiva, a toda la población dominicana. A partir de las instrucciones de los párrafos I y II del citado artículo, y en cumplimiento del artículo 18 del Reglamento de Seguro Familiar de Salud (SFS) y Plan Básico de Salud, fue necesario aprobar una lista explícita de servicios, conocido como el Catálogo de Prestaciones o Plan de Servicios de Salud (PDSS), a fin de cumplir con un mandato constitucional, establecido en el Art. 60 de la Carta Magna; y dar respuesta viable a la necesidad de entregar los beneficios en especie que consagra la Ley 87-01, a la población afiliada.

El primer Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud fue aprobado en la Sesión Extraordinaria del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) de fecha 30 de octubre del año 2002, mediante Resolución No. 51-06, la cual establece lo siguiente: *“Se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud sometido por la SISALRIL”*. Ese mismo año entra en vigencia el Seguro Familiar de Salud para el régimen subsidiado y tras un acuerdo tripartito entra en vigor el Régimen Contributivo para el año 2007, con la aprobación de un catálogo con 720 prestaciones aproximadamente, a la fecha este catálogo ha presentado importantes modificaciones no solo de contenido, sino de las formas de acceso y entrega de los servicios mediante resoluciones administrativas emanadas del CNSS y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

En el presente documento se pone a disposición de la población un resumen con las principales características del PDSS en su versión mas actualizada.

Objetivo

Poner a disposición de la población general, las informaciones relevantes sobre el Catálogo de Prestaciones del PDSS, en torno a su concepción, objetivos, evolución, contenido, forma de entrega y características generales, a fin de que puedan acceder al mismo con conocimientos básicos y exigir sus derechos y cumplir con sus deberes, en los procesos y momentos de consumo.

Marco de consulta

Ley 87-01
Reglamento del Seguro Familiar de Salud



Catálogo de Prestaciones PDSS Versión 9.0 Alcance

El documento abarca aspectos de origen, contenido y evolución del PDSS, para fines de contextualización a todos los actores interesados, que requieren consulta y análisis del Catálogo de Prestaciones:

- Rectores del Sistema
- Entidades Públicas y Privadas
- Administradores de Riesgos de Salud
- Prestadores de Servicios de Salud
- Industria Farmacéutica
- Estudiantes de carreras afines
- Población general

Generalidades y evolución del Catálogo de Prestaciones del PDSS. -

El PDSS se encuentra en su versión 9.0 actualizado con la revisión e inclusiones realizadas a partir de la Resolución del CNSS No. 533-01, de fecha 8 de octubre de 2021. El documento originalmente aprobado en 2002, ha evolucionado en función de las necesidades identificadas, propuestas sometidas y resoluciones de actualización emanadas desde el Consejo Nacional de la Seguridad Social.

Cuadro No. 1 Resumen de Resoluciones de mayor impacto en las coberturas del PDSS

Resolución CNSS	Elementos Básicos Resueltos
227-02	Se incrementa la cápita de RD\$691.48 a RD\$721.48 con cargo a la Cuenta de Cuidado de Atención a la Salud de las Personas del SFS del RC.
51-06	Se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud sometido por la SISALRIL, con un costo de RD\$2,176.10 por persona por año, versión 1.4.
227-07	Se incrementa la cápita de RD\$691.48 a RD\$721.48 con cargo a la Cuenta de Cuidado de Atención a la Salud de las Personas del SFS del RC, a partir de la dispersión del mes de diciembre del año 2009. Se incrementan los beneficios contemplados en el PDSS, a partir del mes de enero del año 2010, como sigue: Aumento del tope de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y máximo nivel de complejidad de RD\$500,000.00 a RD\$1,000,000.00, de acuerdo a la gradualidad establecida en la Ley 87-01, sus Reglamentos y resoluciones de SISALRIL. 2. Incremento del Listado de Medicamentos en 372 adicionales, según listado Cobertura de RD\$90,000.00 por año por afiliado para la incorporación de nuevos Medicamentos coadyuvantes en tratamientos Oncológicos, de acuerdo a la gradualidad establecida en la Ley 87-01, sus Reglamentos y resoluciones de SISALRIL...
375-02	Se incrementa el per cápita de RD\$835.89 a RD\$914.76 (Novecientos Catorce pesos con 76/100), a partir de la dispersión correspondiente al mes de octubre del año 2015, para recibir los nuevos beneficios a partir del primero (1º) de noviembre del mismo año: ajuste por inflación del costo per cápita del PDSS, atención integral con un tope de cobertura de hasta RD\$1,000,000.00 (un millón de pesos con 00/100) por evento por año, para los procedimientos de alto costo y máximo nivel de complejidad

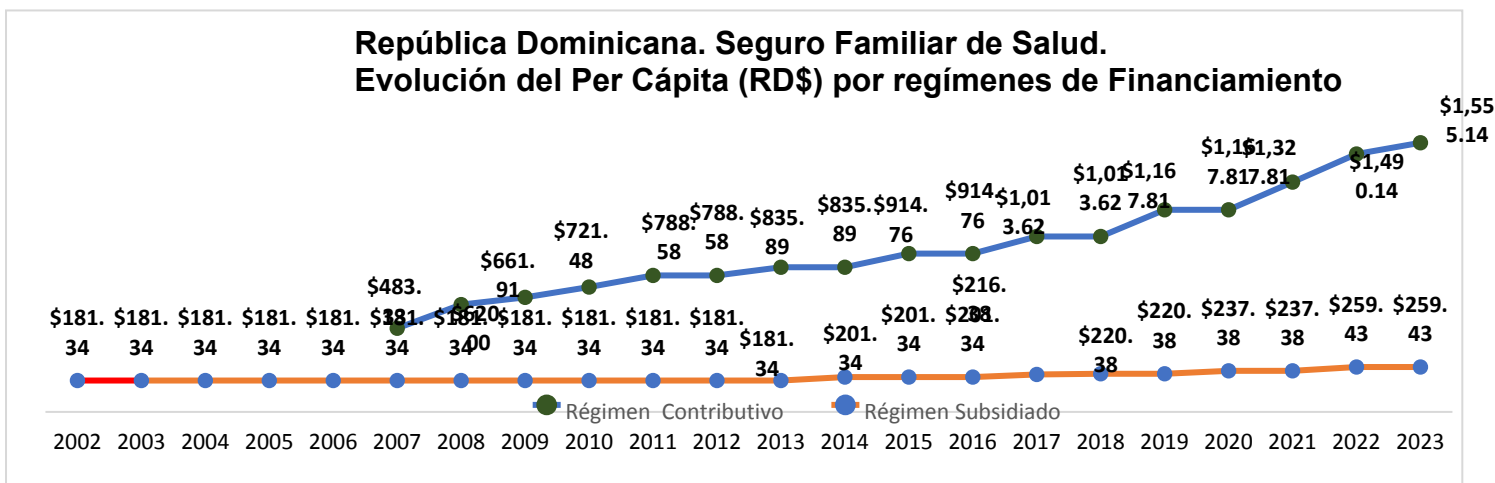


	(Grupo 9 del PDSS) y aumento de la cobertura anual de los medicamentos ambulatorios de RD\$3,000.00 a RD\$8,000.00.
431-02	Producto de las disposiciones de la presente resolución se incrementa el per cápita del Régimen Contributivo de RD\$914.76 a RD\$1,013.62, mensuales, con cargo a la Cuenta Cuidado de la Salud de las Personas del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, a partir de la dispersión del mes de noviembre del año 2017. Incorpora Veintisiete (27) medicamentos para tratamientos oncológicos y otras patologías de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad, Siete (7) medicamentos para hemodiálisis y trasplante renal, los cuales se encuentran descritos a continuación, Cuarenta y cuatro (44) procedimientos...
482-07	Se aprueba la suma de RD\$90.64 de incremento del costo per cápita del PDSS, para incorporar al Grupo 12 de medicamentos ambulatorios 11 nuevos medicamentos ambulatorios, dos de alto costo y 36 nuevos procedimientos, aumento de 300 a la cobertura de habitación con cargo a la ARS, 2 medicamentos del Grupo 10.
533-01	Se aprueba la suma de RD\$13.09 de incremento del costo per cápita del PDSS, para incorporar el grupo 13 al catálogo del PDSS, e inclusión de 36 nuevas coberturas. Aumento CMD. (20% procedimientos efecto del aumento para anestesiólogos y 30% interconsulta en hospitalización).
553-02	Se aprueba la suma de RD\$162.33 de incremento del costo per cápita del PDSS, se disminuye de dos a un el tope de cuota moderadora variable para los distintos grupos y subgrupos de hospitalización, Cirugía y Alto Costo. Extensión de los montos y condiciones para el tratamiento de cáncer, inclusión de materiales y equipos para cirugía, adición de Apendicetomía laparoscópica y Terapia de Reemplazo Renal Continua, entre otros beneficios.
563-01	Aprueba un incremento de RD\$65 al per cápita mensual, incrementa en un 20% los honorarios médicos directos, 7% las tarifas de exámenes y pruebas diagnósticas, 15% en uso de salas y equipos, así como las consultas en internamiento pasan a RD\$1500 por afiliado por día.

Fuente: Construcción histórico de Resoluciones del CNSS

Figura No. 1

Evolución del per cápita mensual según régimen de financiamiento (RD\$)



y subgrupos, conteniendo en la actualidad un total de 2,004 prestaciones únicas distribuidas en filas con caracterización estandarizada por columnas, que explicitan el detalle tanto del servicio, orden forma de entrega y financiamiento. El PDSS aplica para los tres regímenes de salud vigentes, estableciendo diferencias absolutas en relación a las cuotas moderadoras y copagos, así como en la Red de Prestadores contratada para otorgar los servicios contemplados.



Para el Régimen Contributivo existe una red mixta (Prestadores Públicos y Privados), con copagos y cuotas diferenciadas por grupos y subgrupos, mientras que para el Régimen Subsidiado la Red de PSS es esencialmente Pública, con cobertura al 100% para todos los grupos y subgrupos del PDSS; y apertura de Red Privada ante la falta de disponibilidad de un servicio contenido en el PDSS, es decir limitación en la oferta de la Red Pública. En el caso del Régimen Mixto existe un Plan Piloto con coberturas del PDSS y coberturas complementarias para las empleadas domésticas acorde a la condición de la afiliación.

Las prestaciones del Catálogo se encuentran registradas bajo el código que otorga la SISALRIL a través del Sistema de Información y Monitoreo Nacional (SIMON) de acuerdo al grupo o subgrupo donde fue aprobada o desde donde pueda ser otorgada, de manera repetitiva, por lo que un mismo código SIMON (Prestación o servicio) puede encontrarse varias veces en el PDSS, en distintos grupos y subgrupos; dada esta característica el número de prestaciones no es igual al número de registros del PDSS.

Cuadro No. 2
Descriptivo de columnas del Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)

Nombre de la Columna	Descripción
Plan Número	Código único de la versión del Plan de Servicios de Salud (PDSS).
Grupo Número	Número único del grupo al cual pertenece el Subgrupo del PDSS asociado al Plan.
Grupo Descripción	Descripción del grupo al cual pertenece el Subgrupo del PDSS.
Sub-Grupo Número	Número único asignado al subgrupo del PDSS
Sub-Grupo Código	Código creado a partir de la combinación de número de grupo con el número del subgrupo separados por un punto (.).
Sub-Grupo Descripción	Descripción del subgrupo del PDSS, se refiere al ámbito de los servicios cubiertos dentro de cada subgrupo.
Sub-Grupo Cuota Tipo Número	Número único del Tipo de Cuota que aplica sobre el Subgrupo del PDSS, especifica si la cuota a aplicar es Moderadora Fija, Moderadora Variable, Copago y No (No aplica cuota).
Sub-Grupo Cuota Tipo Descripción	Descripción del Tipo de Cuota que aplica sobre el Subgrupo del PDSS, especifica si la cuota a aplicar es Moderadora Fija, Moderadora Variable, Copago y No (No aplica cuota).
Sub-Grupo Cobertura Tipo Número	Es un número único que representa el tipo de cobertura del subgrupo, indica si el subgrupo tiene una cobertura Gradual o Ilimitada.
Sub-Grupo Cobertura Tipo Descripción	Es la descripción del tipo de cobertura del subgrupo, indica si el subgrupo tiene una cobertura Gradual o Ilimitada.
Sub-Grupo Cobertura Tope	Monto del Tope de consumo que aplica sobre el Subgrupo del PDSS.



Sub-Grupo Cuota ARS Por ciento	Porcentaje del monto a pagar que debe ser cubierto por la ARS para el Subgrupo del PDSS.
Sub-Grupo Cuota Afiliado Por ciento	Porcentaje del monto a pagar que debe ser cubierto por el Afiliado para el Subgrupo del PDSS.
Sub-Grupo Cuota Afiliado-Fija	Monto fijo a pagar que debe ser cubierto por el Afiliado para el Subgrupo del PDSS.
Sub-Grupo Cuota Afiliado Tope	Monto Máximo a pagar que debe ser cubierto por el Afiliado para el Subgrupo del PDSS.
Cobertura Número	Número único de cobertura que representa un insumo, procedimiento médico, material, fármaco, servicio general que fue o puede ser prestado.
Cobertura Descripción	Descripción de la cobertura que representa un insumo, procedimiento médico, material, fármaco, servicio general que fue o puede ser prestado.
Cobertura Tipo Número	Número único del tipo de cobertura, clasifica las coberturas en Actos Quirúrgicos, Consultas, Fármacos, Estudios radiológicos, etc.
Cobertura Tipo Descripción	Descripción del tipo de cobertura, clasifica las coberturas en Actos Quirúrgicos, Consultas, Fármacos, Estudios radiológicos, etc.
CUPS Código	Es el código de la clasificación única de procedimientos en salud utilizado por el Ministerio de Salud de Colombia.
CUPS Detalle	Es la descripción del código de la clasificación única de procedimientos en salud utilizado por el Ministerio de Salud de Colombia, adoptado por República Dominicana para referenciación.

Fuente: Construcción propia desde información del PDSS

Descriptivo de Grupos y Subgrupos

A través de los grupos y subgrupos, el PDSS da respuesta a las situaciones de salud consideradas en función de los problemas globales de salud de la población. Los grupos y subgrupos contemplan aspectos sanitarios de: Prevención, Diagnóstico, Tratamiento (clínico y quirúrgico), Rehabilitación y seguimiento.

Cuadro No. 3
Descriptivo de Grupo y Subgrupos del Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)

No.	Grupo	Nivel de Atención	Subgrupos	Estructura Descriptiva
1	Prevención y Promoción	Primer nivel	1.1 Asistencia prenatal 1.2 Prevención fiebre reumática 1.3 Tratamiento integral niños y niñas 1.4 Infecciones de transmisión sexual 1.5 Planificación familiar 1.6 Malaria 1.7 Programa ampliado de inmunizaciones 1.8 Salud escolar 1.9 Tratamiento hipertensión arterial 1.10 Prevención cáncer cérvico uterino 1.11 Prevención y tratamiento tuberculosis 1.12 Prevención y tratamiento de Diabetes tipo I insulino dependiente 1.13 Prevención y tratamiento de Diabetes tipo II no insulino dependiente	Grupo de Riesgo o Patología



SISALRIL

2	Atención Ambulatoria	Tres niveles	2.1. Consulta Medicina General 2.2. Consulta Médica Nivel 2 2.3. Consulta Médica Nivel 3	Consulta por Nivel de Atención
3	Servicios Odontológicos	Primer nivel Según nivel	3.1- Aplicación de Cariostáticos (sellantes de fosas y fisuras) 3.2 Consulta de Urgencia (Gradualidad) 3.3. Consulta Preventiva, Terapia Fluorada 3.4. Consulta, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento. 3.5. Detección, control de placa bacteriana 3.6. Extracción de Cuerpo Extraño (Gradualidad) 3.7. Extracción Dentaria (Gradualidad) 3.8. Incisión y drenaje de absceso (Gradualidad) 3.9. Tratamiento de la Gingivitis (Gradualidad) 3.10. Tratamiento de la Osteomielitis (Gradualidad)	Tipo de servicios
4	Emergencia	Tres niveles	4.1 Emergencia	Prestaciones individuales
5	Hospitalización	Según nivel Tercer nivel	5.1 Hospitalización General y Especialidades Básicas.	Prestaciones individuales
6	Partos	Según nivel Tercer nivel	6.1 Atención de Parto Normal 6.2 Atención de Parto por Cesárea 6.3. Atención Hospitalaria al Recién Nacido	Prestaciones quirúrgicas y clínicas
7	Cirugía	Según nivel Tercer nivel	7.1 Cirugía General 7.2 Cirugías Menores 7.3 Cirugías Cardiovasculares 7.4 Cirugías Dermatológicas 7.5 Cirugías Endocrinológicas 7.6 Cirugías Gástricas. 7.7 Neurocirugías 7.8 Cirugías Reumatológicas 7.9 Cirugías Oftalmológicas 7.10 Cirugías Otorrinolaringológica 7.11 Cirugías Pediátricas 7.12 Cirugías Urológicas 7.13 Cirugías Vasculares 7.14 Cirugías Ortopédicas 7.15 Cirugías Ginecológicas 7.16 Cirugías Hematológicas 7.17 Cirugías Neumológicas	Sub especialidades quirúrgicas
8	Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatoria	Pueden otorgarse en 2do y 3er nivel dependiendo la complejidad del procedimiento	8.1 Laboratorio 8.2 Rayos X 8.3. Ecografías 8.4. Otros Medios Diagnósticos 8.5. Biopsias 8.6 Tomografía Axial Computarizada (TAC) 8.7. Resonancia Nuclear Magnética (RNM)	Tipo de diagnóstico
9	Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad	Exclusivos del 3er nivel	Ver tabla No. 9	Diagnósticos de Alto Costo
10	Rehabilitación	Primer nivel	10.1. Consultas Rehabilitación 10.2. Terapias Rehabilitación 10.3. Aparatos y Prótesis	Tipo de servicio
11	Hemoterapia	Segundo nivel y Tercer nivel	11.1 Sangre Total 11.2 Derivados de la Sangre	Calificación de la Sangre
12	Medicamentos Ambulatorios	Segundo nivel y Tercer nivel	12.1 Medicamentos Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención	Medicamentos individuales
13	Trasplante Renal	Tercer nivel	Ver tabla No.9	Fases del trasplante Renal



--	--	--	--

Fuente: Construcción propia desde información del PDSS, versión 9.0.

Porcentajes de coberturas, copagos y cuotas moderadoras en el PDSS

Una de las características descritas del catálogo de prestaciones, es la variable porcentaje de cobertura, a partir de las columnas de porcentajes de cobertura y pago por el afiliado, para cada grupo de prestaciones, que, si bien se establece un porcentaje puntual, no explica el detalle de la realidad práctica de las coberturas; requiriendo estas un abordaje distinto acorde a las disposiciones de las distintas resoluciones que dan entrada a dichas coberturas. En este sentido este acápite pretende detallar la distribución de coberturas y diferencias a ser asumidas por los afiliados en los distintos escenarios de consumo.

El Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud define el Copago como el aporte en dinero que hace el afiliado del Régimen Contributivo y Contributivo Subsidiado al adquirir los medicamentos ambulatorios incluidos en el Plan Básico de Salud; mientras que la Cuota Moderadora Variable sería el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud y la Cuota Moderadora Fija como el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar los servicios de atención ambulatoria (consultas médicas generales y especializadas) contenidos en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud, en todos los casos la finalidad contribuir con el pago del precio del servicio, es regular la utilización, estimular el buen uso del servicio y evitar el exceso en el uso de los mismos.

Para comprender el detalle cabe mencionar que:

- Los montos de diferencias son cobrados de manera directa por los Prestadores de Servicios de Salud (farmacias, clínicas, laboratorios, etc.).
- Los beneficiarios del Régimen Subsidiado están exentos de estos pagos.
- Existen prestaciones que tienen establecidos límites de cobertura por periodos específicos, mientras otras son ilimitadas en el tiempo, este criterio aplica para ambos regímenes.
- La cobertura de servicios está supeditada a un previo proceso de contratación con los proveedores de servicios.

Los servicios que se brindan en el ambiente ambulatorio se ofertan acorde al grupo y subgrupo en el que se encuentre descritos en el PDSS y la política de aprobación bajo la cual ha sido resuelta dicha prestación.

Cuadro No. 4 Descriptivo de Coberturas Ambulatorias



Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)

Tipo de Cobertura	% de Cobertura	Copago/Diferencia
Consultas Médicas	Ilimitada	RD\$ 100.00
Laboratorios	80% ilimitado	20%
Rayos X	80% ilimitado	20%
Procedimientos Ambulatorios	80% ilimitados	20%
Estudios Especiales	80% ilimitado	20%
Servicios de Emergencia	100%	No Copago
Vacunas	100%	No Copago

Fuente: Construcción propia desde información del PDSS, versión 9.0.

Para la oferta de servicios de Promoción y Prevención al 100%, las Administradoras de Riesgos de Salud utilizan programas cerrados que les permitan el control de utilización, márgenes de precios y seguimiento a la adherencia a los protocolos de atención de esta población. Dentro de este grupo Promoción y Prevención (1) del PDSS se encuentran las vacunas, que en los casos que forman parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones deben ser garantizadas al 100%.

El en caso de las consultas médicas, el monto de diferencia de RD\$ 100 pesos, existe solo en términos teóricos, establecido inicialmente para la consulta en atención primaria, sin embargo, el acceso libre a los distintos niveles de atención no ha viabilizado el control de consumos, estando cada especialidad en libertad de asignación de costos por consulta, con una cobertura estándar fijada en RD\$ 500 pesos en la actualidad. A este respecto existe además el Comité de Honorarios Profesionales, responsable de la definición de límites y topes de coberturas y diferencias relacionadas.

Todos los servicios diagnósticos contemplados en el grupo 8, fueron contemplados para ser garantizado con una cobertura de 80%, de manera ilimitada en el tiempo y sin topes establecidos, siendo asumido por el afiliado el 20% de la factura en todos los consumos.

Cuadro No. 5 Descriptivo de Coberturas Medicamentos Ambulatorios Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)

Tipo de Cobertura	Grupo PDSS	% de Cobertura	Copago/Diferencia	Tope cobertura año póliza
Medicamentos ambulatorios	12	70%	30%	RD\$8,000.00
Procedimientos y tratamientos de Alto Costo.	9	80%	20%	RD\$1,000.000.00
Medicamentos Inmunosupresores	13.4	80%	20%	RD\$ 3, 500.000.00

Fuente: Construcción propia desde información del PDSS, versión 9.0.



La cobertura de los medicamentos de dispensación ambulatoria, tienen una connotación distinta según el tipo de medicamento, uso y resolución de aprobación de estos. Como se observa en el cuadro No. 7, la cobertura para medicamentos ambulatorios está establecida en un 70%, asumiendo un copago de 30% y teniendo un límite de RD\$ 8,000 pesos por año póliza. Este beneficio está supeditado al grupo 12 acorde a la lista explícita de principios activos.

Los medicamentos inmunosupresores utilizados en el manejo de pacientes con trasplante renal se encuentran descritos en el Grupo 13, con una cobertura a ser entregada al 80% y un copago de 20%. Es importante resaltar que esta cobertura tiene un tope de RD\$ 3,500,000.00 de pesos por año póliza, que aplica para todos los servicios del grupo 13, en las distintas etapas del trasplante, no de manera exclusiva para medicamentos inmunosupresores.

Cuadro No. 6
Descriptivo de Coberturas de Maternidad
Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)

Servicios de Maternidad		
Parto Normal		
Hospitalización	100%	No Copago
Honorarios Médicos	100%	No Copago
Recibimiento del Recién Nacido	100% ilimitada	No Copago
Parto por Cesárea		
Hospitalización	80%	20%
Honorarios Médicos	80%	20%
Recibimiento del Recién Nacido	80%	20%
Legrado Ambulatorio	90%	10%

Fuente: Construcción propia desde información del PDSS, versión 9.0.

Los servicios de maternidad contenidos en el grupo 6 del PDSS se dividen en dos subgrupos grupos en función de la cobertura, aquellos relacionados con el parto normal cuya cobertura aplica al 100% para todos los servicios y atenciones de la madre y el recién nacido y los servicios de parto vía cesárea que se otorgan al 80%, con copago de 20% para todos los servicios requeridos por la madre y el recién nacido. Por su lado, el legrado, aunque en esencia es un servicio relacionado con la maternidad se otorga en cobertura 90% y copago 10%, por encontrarse este descrito en el grupo 7, sobre procedimientos quirúrgicos.

El servicio de hospitalización responde a tres causales de manera fundamental, Hospitalización Clínica, Hospitalización Quirúrgica y Hospitalización relacionada a Alto Costo para administración y seguimiento de quimioterapia. Para cada uno de estos tipos, el catálogo de Prestaciones se entrega en porcentajes y condiciones distintas, tal como se evidencia en el cuadro No. 7.



Cuadro No. 7
Descriptivo de Coberturas en Hospitalización
Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)

Hospitalización						
Hospitalización	Clínica		Quirúrgica		Unidad de Cuidado Intensivos	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Servicios Hospitalarios	85%	15%	90%	10%	80%	20%
Laboratorios	85%	15%	90%	10%	80%	20%
Medicamentos	85%	15%	90%	10%	80%	20%
Sala de Cirugía	85%	15%	90%	10%	80%	20%
Anestesia, Material Gastable, Honorarios Médicos, Rayos X y Estudios Especializados	85%	15%	90%	10%	80%	20%
Tope de cobertura	Ilimitada		Ilimitada		RD\$ 1, 000,000 año póliza	

Fuente: Construcción propia desde información del PDSS, versión 9.0.

El 20% de copago/diferencia en Enfermedades y Tratamiento de Alto Costo, solo se paga una vez por año póliza y no puede exceder un salario mínimo vigentes. En el caso de los internamientos clínicos y quirúrgicos las coberturas son ilimitadas, sin establecimiento de topes por año, sin embargo, para estos servicios se establece un tope un salario por evento es decir cada vez que se da una hospitalización, sea esta clínica o quirúrgica, es decir todas las veces que se apertura una hospitalización el afiliado asume como máximo una diferencia de dos salarios mínimos por todos los servicios requeridos durante el mismo.

Para la cobertura de la habitación en cambio, se observa una diferencia significativa en la modalidad de pago, acorde a la Resolución CNSS No. 563-02, donde la cobertura por día de habitación al 100% hasta un tope de RD\$1,725.00 por afiliado / por día, 90% en el exceso de RD\$1,726.00 hasta RD\$2,415.00. Las diferencias por encima de este monto son asumidas por el afiliado, en hospitalización clínica, quirúrgica y por maternidad, las cuales dependerán del tipo y costo de la habitación.

Otras coberturas ilimitadas de los distintos grupos y subgrupos del PDSS, se distribuyen con porcentajes distintos, acorde a las características y costos actuariales que sustentan la decisión de cobertura por el CNSS. Ver cuadro No. 8.

Cuadro No. 8
Descriptivo de Otras Coberturas
Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)

Tipo de Cobertura	% de Cobertura	Copago/diferencia
Odontología	80%	20%
Consultas de Rehabilitación	80%	20%
Terapias	80%	20%
Prótesis	80%	20%
Hemoterapia	90%	10%

Fuente: Construcción propia desde información del PDSS, versión 9.0.



En el caso de Alto Costo se contemplan según lo descrito a continuación:

Cuadro No. 9
Descriptivo de Grupo de Alto Costo del Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)

Líneas de Cuidado Grupo 9 (Alto Costo) PDSS	
Sub-Grupo	Nombre
9.1	Procedimientos en Corazón Y Pericardio
9.2	Procedimientos en Vasos Cardiacos (Coronarias)
9.3	Procedimientos en Válvulas del Corazón
9.4	Trasplante de Córnea
9.5	Hemodiálisis Renal
9.6	Diálisis Peritoneal
9.8	Reemplazo Articular Cadera
9.9	Reemplazo Articular Rodilla
9.10	Reemplazo Articular Hombro
9.11	Columna: Cirugía Escoliosis
9.12	Columna: Espondilolistesis Total
9.13	Atención de Prematuros
9.14	Atención en Unidad de Cuidados Intensivos
9.15	Tratamiento del Cáncer Adultos
9.16	Tratamiento del Cáncer Pediátricos
9.17	Tratamiento a Politraumatismo (Trauma Mayor)
9.18	Tratamiento a Quemaduras Graves (3er Grado)
9.19	Medicamentos de Alto Costo para Tratamiento Oncológicos
9.20	Medicamentos de Alto Costo para Patologías distintas a Cáncer
Etapas de Trasplante Grupo 13 (Alto Costo) PDSS	
13.1	Pre-Trasplante
13.2	Cobertura Donante Cadavérico
13.3	Trasplante
13.4	Post-Trasplante

Fuente: Construcción propia desde información del PDSS 9.0

Existen dos grupos de Alto Costo subdividido para los distintos tipos de servicios y sus respectivos topes de cobertura.

El grupo 9 contiene 19 subgrupos según se lista en el cuadro No. 9, todos con tope de un millón de pesos año póliza, con excepción de los medicamentos para el tratamiento de cáncer cuyo tope fue establecido en RD\$2,090,000, incluyendo los medicamentos coadyuvantes. La cobertura del grupo 9 se establece al 80% y 20% a ser asumido por el afiliado para cada subgrupo, con un tope de pago de un salario mínimo como cuota moderadora variable.

De todos los subgrupos, figuran entre los de uso más frecuente los subgrupos 9.5 y 9.6 correspondientes a Diálisis, 9.14 referido a la Unidad de Cuidados Intensivos y los que corresponden específicamente a tratamiento de cáncer, subgrupos 9.15, 9.16 y 9.19.

En el caso del Grupo 13, existen una subdivisión de 4 subgrupos todos destinados a la cobertura de las distintas etapas del Trasplante Renal, un tope establecido de



RD\$3,500,000, cobertura 80/20 y un solo salario mínimo por año para todo el grupo.
Ver cuadro No. 9.

Revisión y actualización del PDSS. -

La revisión y actualización del PDSS se produce desde el Consejo Nacional de Seguridad Social, a partir de las resoluciones para revisión o indexación del per cápita de los regímenes y planes de pensionados según los análisis y propuestas sometidas por la Superintendencia, desde la función técnica de validación de suficiencia técnica y financiera para las modificaciones del catálogo.

Elaboración y costeo de propuestas de Revisión del PDSS:

La construcción elementos técnicos y costeo se lleva a cabo por procesos multidisciplinarios que se resumen en los siguientes pasos:

- 1. Definición técnica de la propuesta:** Tras la identificación de necesidades por demanda, carga de enfermedad o por instrucción de actores rectores del Sistema, son priorizados los temas a ser estudiados para revisión y actualización del PDSS. A partir de esto se procede con la construcción técnica de la propuesta, que implica identificación de las variables requeridas para el costeo de las mismas. Las variables para el costeo dependerán del tipo de cobertura propuesta (procedimientos, servicios, medicamentos); o si se trata de ampliación de prestaciones existentes en el PDSS.
- 2. Definición de protocolo:** Para cada cobertura de la propuesta de inclusión o ampliación del PDSS, se deben establecer los protocolos o ciclos de tratamiento, incluyendo la frecuencia, precio de referencia, población expuesta, entre otras. De preferencia estos protocolos deben ser definidos y aprobados por el MSP, sin embargo, la realidad actual es que existe una baja relación de protocolos actualizados en relación con las patologías trabajadas, la carga de enfermedad de la población y la demanda de servicios.
- 3. Recolección de datos:** Además de la información colectada en los protocolos, se recopilan las informaciones reportadas por las ARS en los esquemas correspondientes, para las coberturas codificadas en el “Catálogo General de Coberturas del SIMON”, a fin de realizar las estimaciones del per cápita de las mismas. Es importante destacar que esto se realiza cuando las coberturas forman parte del “Catálogo General de Coberturas del SIMON”, es decir que se están otorgando en algún Plan Alternativo de Salud. Una fuente adicional de información son los prestadores o proveedores de servicios de salud, sobre todo en términos de frecuencias de uso, casuística y costos de los servicios.
- 4. Costeo de las coberturas:** Una vez obtenida toda la información para proceder al costeo, se determina el incremento del per cápita por ampliación y/o incorporación de coberturas (nuevas) en el PDSS. La metodología a utilizar dependerá de la



integridad de la información recolectada. En caso de que aplique, se determina el incremento del per cápita por efectos de inflación en el PDSS.

Metodología de estimación del valor per cápita:

La metodología a ser utilizada para el costeo y estimación del valor per cápita se sustenta en la estimación de la prima de riesgo, que se define como la cantidad en dinero por persona, necesaria para cubrir los siniestros esperados en un determinado tiempo, a raíz del uso de las coberturas garantizadas a la población asegurada.

De la definición anterior se obtienen siniestros esperados, que sería igual al Monto Total que se esperaría se genere con la utilización de las coberturas a las que tiene derecho la población asegurada. Los siniestros esperados $E(M)$, son aquellas cantidades que se incurre por el otorgamiento de los beneficios. Una $E(M)$ está asociado a: Un Costo de la cobertura utilizada y al total de casos o servicios que se dieron. $E(M) = \text{Personas que tendrán la característica durante el período de estimación}$.

En sistemas de información fortalecidos se puede estimar $E(M)$ como la población que tiene la característica (al inicio del período de estimación) más la población que adquiere la característica menos la población que por alguna razón pierde la característica durante el período de exposición al riesgo de adquirirla o perderla. Generalmente, la estimación se realiza con el conocimiento que se tiene en el país sobre el perfil epidemiológico de la población, lo cual ayuda a estimar una probabilidad teórica, suponiendo que el grupo asegurado tiene la misma probabilidad de tener la determinada característica de usar la cobertura (servicio o procedimiento) que el contexto nacional.

La frecuencia de uso está asociada con las tasas de incidencia de un tipo de característica en la población en general y la recurrencia de uso se tiene a partir de lo que sería el manejo de la población que tiene esa característica y el número de veces que utilizará la cobertura (servicio o prestación). Por lo tanto, el total de Casos Esperados estaría en función del perfil epidemiológico de la población, la recurrencia de uso y la población asegurada.

Proceso de indexación del valor per cápita

Mediante la Resolución No. 278-06, se aprueba la propuesta de Metodología de Evaluación Periódica, Seguimiento e Indexación del Costo del Plan Básico de Salud presentada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), sustituyendo el IPC Salud por el IPC General en todas las estimaciones y cálculos presentes en la propuesta. El IPC Salud sólo será utilizado como referencia.

A partir de ello para ajustar el Per cápita mensual se utiliza el promedio de la variación mensual del IPC General y de IPC Sector Salud, publicado por el BCRD. En orden de impacto solo se actualiza el valor de la prestación otorgada y se mantiene la frecuencia de uso.



Remisión y aprobación de propuestas por CNSS

Una vez construida la propuesta en términos técnicos y actuariales, se procede con la socialización con algunos actores involucrados, dependientes del tema en cuestión, a los fines de gestionar ajustes, previo conocimiento y socialización con el comité interinstitucional, de conformidad con lo establecido en el Artículo 179, Ley 87-01. Tras agotar estos pasos se remite la propuesta al Consejo Nacional de la Seguridad Social. En el CNSS luego de los procesos de validación y consenso se aprueba la propuesta de manera parcial o total mediante Resolución administrativa, con instrucciones puntuales de socialización, ajustes y monitoreo de cumplimiento por parte de la SISALRIL. En otros casos la propuesta puede ser negada o aplazada según la oportunidad, viabilidad y factibilidad.

Actualización del PDSS.

1. Se realiza solicitud habilitación de la nueva versión del Plan de Servicios de Salud.
2. Se procede con la habilitación del nuevo PDSS.
3. Se registran las nuevas coberturas a ser vinculadas a la versión del PDSS.
4. Remite relación de coberturas para fines de actualización o inclusión en el nuevo PDSS.
5. Finalmente se procede con la notificación y publicación del archivo electrónico del nuevo PDSS para que las ARS y otros actores puedan visualizarlo y/o descargarlo para actualización y consumo.

Publicación y vistas del PDSS

El Catálogo de Prestaciones es notificado y publicado para consulta de los distintos actores tras cada modificación o actualización. Hasta la versión 3.0 la circulación del PDSS se caracterizaba por un documento en formato PDF simplificado, conteniendo información referente a Tipo y Descripción de cobertura, Códigos Simón y CUPS, así como Niveles de Atención y definición de aplicación o no de cuotas moderadores o copagos. En la actualidad, la versión 7.0 no se encuentra publicada bajo estas características, contando con una descripción detallada en Excel, con el descriptivo de columnas y filas.

El acceso al catálogo actualizado para todos los actores del Sistema es a través de la Oficina Virtual, sea tras la creación de un usuario básico (población general) o con usuario especializado desde las instituciones (SISALRIL, ARS, PSS, otras). Existe adicionalmente una consulta en la Oficina Virtual, destinada a identificar servicios o prestaciones, basada en la búsqueda rápida a través de palabras claves que lleva al PDSS, en el conjunto de servicios que pudieran estar asociados a la palabra de búsqueda, estos accesos se encuentran disponibles en el portal web SISALRIL.

Aspectos de mayor relevancia

1. El Sistema Dominicano de Seguridad Social contempla el Seguro Familiar de Salud, con el objetivo de garantizar protección financiera en materia de salud a



la familia dominicana y residentes legales. Este seguro se oferta a través del Plan Básico de Salud, que a su vez contempla un catálogo explícito con los servicios y prestaciones a las que tienen derecho la población afiliada.

2. El catálogo de prestaciones del PDSS se encuentra en su versión 8.0, a partir de la última Resolución del Consejo Nacional de la Seguridad Social, 553-02 del 22/09/2022.
3. El PDSS es único para todos los regímenes y cuenta con 13 grupos de distintas prestaciones, con subgrupos y servicios específicos de carácter diagnóstico, preventivo, farmacológico, procedimental, entre otros.
4. La versión vigente del PDSS describe 2,664 servicios a los que tiene derecho la población, que han sido colocados en cobertura a través de distintas resoluciones del CNSS a partir de las propuestas de mejora emanadas desde la SISALRIL y realizadas bajo un procedimiento interno estándar para la elaboración y costeo de las mismas, previo a la remisión al CNSS.
5. La población afiliada puede acceder a las prestaciones del PDSS a través de la Red de Prestadores de Servicios de Salud contratada por su ARS, bajo los términos, porcentajes de cobertura y responsabilidad de pago establecidos para cada grupo y subgrupo.

Glosario de Siglas

CNSS: Consejo Nacional de la Seguridad Social

ARS: Administradoras de Riesgos de Salud

PSS: Prestadores de Servicios de Salud

PDSS: Plan de Servicios de Salud

SFS: Seguro Familiar de Salud

SISALRIL: Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

PBS: Plan Básico de Salud