

Cuentas médicas y conciliaciones

Autor: Diana Bricyid Sanchez Cote



Cuentas Medicas y Conciliaciones /Diana Bricyid Sánchez Cote, / Bogotá D.C.,
Fundación Universitaria del Área Andina. 2017

978-958-8953-75-5

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

© 2017. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
© 2017, PROGRAMA AUDITORIA EN SALUD
© 2017, DIANA BRICYID SÁNCHEZ COTE

Edición:

Fondo editorial Areandino

Fundación Universitaria del Área Andina

Calle 71 11-14, Bogotá D.C., Colombia

Tel.: (57-1) 7 42 19 64 ext. 1228

E-mail: publicaciones@areandina.edu.co

<http://www.areandina.edu.co>

Primera edición: octubre de 2017

Corrección de estilo, diagramación y edición: Dirección Nacional de Operaciones virtuales

Diseño y compilación electrónica: Dirección Nacional de Investigación

Hecho en Colombia

Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

Cuentas médicas y conciliaciones

Autor: Diana Bricyid Sanchez Cote





Índice

UNIDAD 1 Introducción y fundamentos básicos

Desarrollo temático 6

UNIDAD 2 Proceso de Facturación

Introducción 15

Metodología 16

Desarrollo temático 17

UNIDAD 3 Desde la contratación pública o administrativa

Introducción 22

Metodología 23

Desarrollo temático 24

UNIDAD 4 Liquidación de las cuentas en salud

Introducción 32

Metodología 33

Desarrollo temático 34

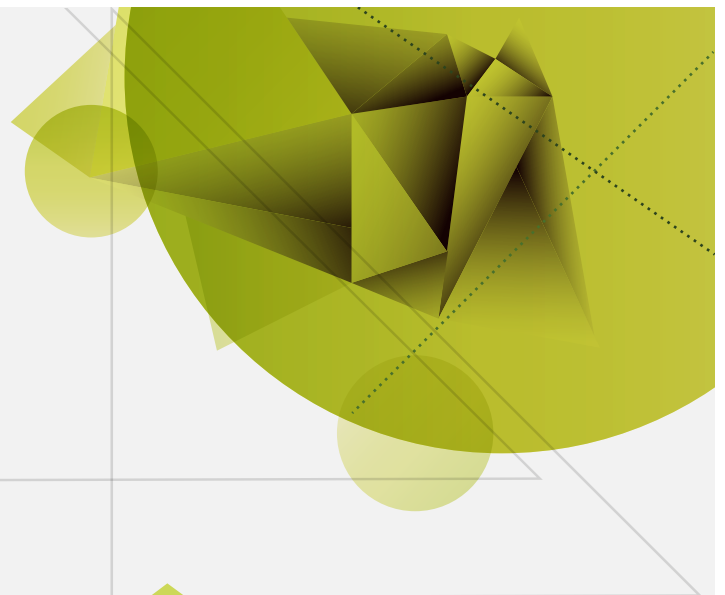
Bibliografía 40



1

Unidad 1

Introducción y
fundamentos
básicos



Cuentas médicas y conciliaciones

Autor: Diana Bricyid Sanchez Cote

Introducción y fundamentos básicos

Marco legal relacionado con cuentas médicas y conciliaciones

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el proceso de Cuentas Médicas de las EAPB constituye uno de los procesos más importantes y priorizados para garantizar el control del gasto médico y la racionalización en el uso y pertinencia en la prestación de los servicios de salud, desde una perspectiva normativa, ética y de la labor administrativa para una correcta toma de decisiones gerenciales inmejorables para el desarrollo con calidad y sostenibilidad financiera para el mantenimiento en el mercado.

Desde el punto de vista normativo se cuenta con lo planteado en la constitución política de Colombia de 1991, allí se expresa y se delimita en los derechos fundamentales de todas las personas, expresados en los siguientes derechos:

- Libre desarrollo de la personalidad.
- Libre conciencia.
- La atención del embarazo.
- La atención del parto.
- La vida.
- La integridad física.

- La salud.
- La seguridad social.

Posteriormente, se generan una serie de normas relacionadas con la organización de la salud en Colombia y su aplicación específica. Inicialmente se cuenta con la ley 100 de 1993, esta reglamenta el Sistema General de Seguridad Social, allí el derecho a la seguridad social en concordancia con lo manifestado en la carta magna es un derecho público coordinado y controlado por el estado y dejando abierta la disposición de entidades públicas como privadas para el desarrollo de su prestación integral que dispone la comunidad, la familia y los pacientes para gozar de una buena calidad de vida, mediante diferentes programas y planes.

La ley 1122 de 2007, que tiene como objeto realizar algunas modificaciones en el sistema de seguridad social en salud, orientado a mejorar la prestación de servicios a los usuarios. Como lo plantea Jairo Restrepo de la Universidad de Antioquia en su análisis de cambio en la seguridad social de acuerdo a esta norma, se encuentra entre lo más significativo el funcionamiento y operación del sistema de seguridad, entre los más significativo esta la conformación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). Desde el mejoramiento para la atención oportuna al usuario se especifica los indicadores de gestión y resultados, ade

más de la figura del defensor del usuario en las instituciones de salud.

En la misma perspectiva de regulación este mismo año se establece **el Decreto 4747 de 2007**, esta norma tiene como objeto regular algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Aquí encontramos definiciones declaradas en esta norma para la generación de un lenguaje común entre las que se encuentran:

- a. Prestadores de servicios de salud:** instituciones, grupos de práctica, transporte de salud, y profesionales que cuentan con una capacidad instalada en infraestructura física, y se encuentran habilitados por la entidad territorial correspondiente.
- b. Entidades responsables del pago de servicios de salud:** se comprenden las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.
- c. Red de prestación de servicios:** la articulación y trabajo conjunto de los prestadores de servicios de salud que se encuentran en un espacio geográfico que trabajan en búsqueda de dar una respuesta adecuada, organizada, complementaria, oportuna y continua en la prestación de los servicios de salud.
- d. Modelo de atención:** la metodología y organización de la prestación del servicio a las personas se plantea desde un proceso logístico de todos los recursos donde se tiene en cuenta las funciones asistenciales y administrativas desde el ingreso

del usuario, la capacidad de resolución, la responsabilidad en su asistencia y el proceso de darle continuidad y oportunidad hasta el egreso temporal o final.

- e. Referencia y contrarreferencia:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- f. Acuerdo de voluntades:** es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Puede darse entre una o varias personas sean naturales o jurídicas. Este contrato estará sujeto a la normatividad específica y pertinentes que así determinen. Allí se regula las relaciones, se generan derechos y obligaciones en una finalidad común.

Teniendo en cuenta la Política Nacional de

Prestación de Servicios de Salud, entre los problemas emergentes se encontró las limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de los servicios de salud. Se identificó que el pago realizado entre aseguradores y prestadores respondían a ejercicios de intuición basados en experiencias previas que realmente a procesos juiciosos de costo – efectividad, calidad y regulación nacional.

Entre las estrategias planteadas en esta política se encuentra el diseño y desarrollo de nuevas formas de contratación y pago de los servicios ambulatorios y hospitalarios. Aspectos que se tienen en cuenta y en un posterior desarrollo de la política se retoma nuevamente el Decreto 4747 de 2007 se establece en su articulado los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud entre ellos se encuentran:

Pago por capitación: pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. Según el acuerdo 19 de 2010 se establece la unidad de pago por capitación de los regímenes contributivo y subsidiado.

Pago por evento: de acuerdo a la norma y lo mencionado por Fernando Ruíz y colaboradores, es un mecanismo el cual se paga por las actividades asistenciales y procedimientos realizados a un paciente en un periodo específico y asociado a un evento en salud, con unas tarifas pactadas previamente. Es importante tener en cuenta los servicios, los precios y lo contratado de acuerdo al nivel de complejidad y la frecuencia de los servicios.

Pago por caso: desde el punto de vista de Pérez y Velásquez es una forma de contratación por la prestación de servicios por cada atención que requiera, incluyen todos lo que necesite para tratar su enfermedad.

Conjunto integral de atenciones: también se denomina “paquete” o grupo relacionado por diagnóstico: Se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente. Las tarifas son pactadas previamente.

La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Posterior a la generación del Decreto 4747 de 2007, se establece la resolución 3047 de 2008 en esta norma se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, estos últimos aspectos ya referenciados durante este documento.

De acuerdo a lo anterior, de acuerdo a la resolución referenciada se plantea mediante anexos técnicos los cuales se mencionaran a continuación:

Anexo técnico No. 1: formato y procedimiento para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago. El informe deberá reportarse a más tardar los días 15 y el último día de cada mes por parte del prestador de servicios de salud a las entidades responsables del pago (ver anexo No. 1 http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20T%C3%A9cnico%20No%201_3047_08.pdf).

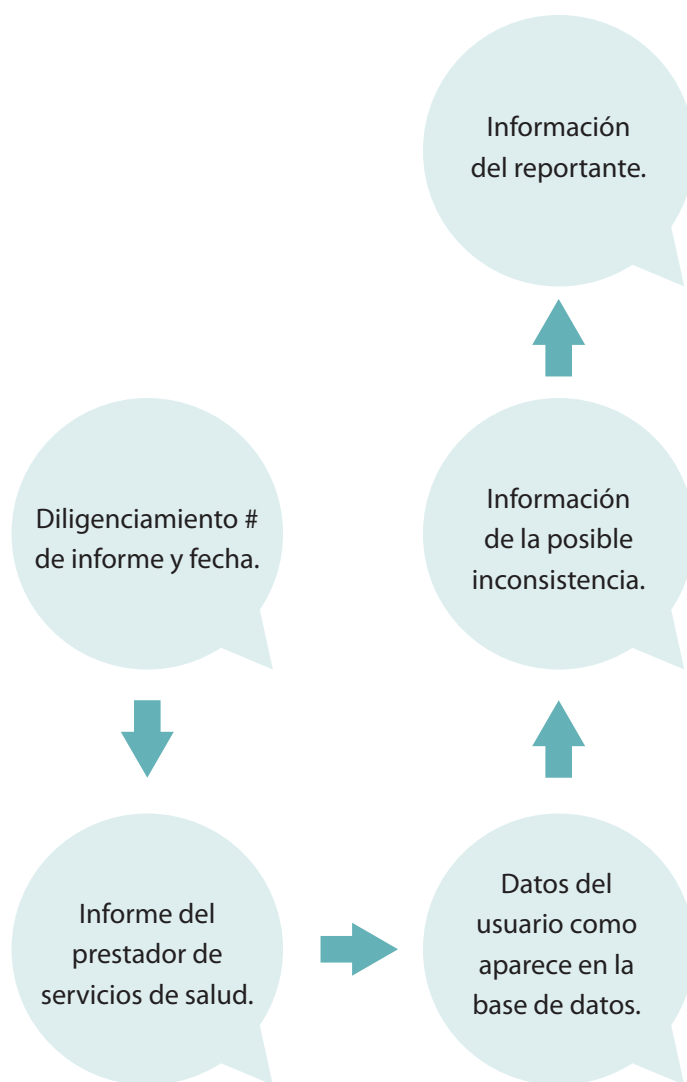


Figura 1. procedimiento para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago.

Fuente: Propia.

Anexo técnico No. 2: formato y procedimiento para el informe de la atención inicial de urgencias. El envío del informe a la entidad responsable del pago se realizará dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soporados de envío del reporte a los medios de recepción de información establecidos en el decreto 4747 que son el correo electrónico, telefax o intercambio electrónico de datos, dentro del término establecido, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud (ver anexo No. 2 http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20T%C3%A9cnico%20No%202_3047_08.pdf)

Dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad se encuentran los componentes que hacen que las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada, los prestadores de servicios de salud y las entidades departamentales, distritales y municipales mantengan unos estándares de calidad esperados para dar cumplimiento a la buena atención a los afiliados y el buen funcionamiento del sistema de acuerdo a las directrices del ministerio de protección social.

Anexo técnico No. 3: se relaciona con el formato y procedimiento para poder realizar la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, complementado con el formato y procedimiento para poder realizar la solicitud de autorización de servicios electivos.

Para la correspondiente solicitud de la autorización para continuar la atención se relaciona en que una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá realizar el envío antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

En relación a los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad podemos llegar a realizar la prestación adecuada de la atención con mínimos riesgos en salud acordes con lo que espera el usuario, aseguramiento y los entes de control desde la estructura del recurso humano, tecnológico, administrativo, estructural que ocasionan también costos para el sistema en salud, en relación a la calidad de la atención.

El sistema de información es acorde con el desarrollo de la atención a nuestros afiliados, y una auditoria que oriente a la buena práctica en salud desde las directrices de un sistema organización, guías y protocolos de manejo; apoyados de un sistema periódico de evaluación, seguimiento y mejoramiento de la atención en salud estará acorde con la calidad esperada dentro del sistema de salud, y dentro de unos estándares de calidad y una buena práctica en salud orientada a

la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El sistema de información es vital para asegurar la calidad de los datos que confirman las actividades reales realizadas por los prestadores y poder asegurar el cobro correspondiente de acuerdo a las tarifas pactadas.

Dentro del ejercicio de la auditoria es muy importante entender los conceptos del presente modulo teniendo en cuenta que es la prioridad del gestor de Salud dentro del sistema de seguridad social, es buscar concientizarse del impacto que se tiene para el manejo de las entidades de salud desde el rol de Asegurador y desde el Rol de Prestador de servicios de salud y los costos reales que conlleva las atenciones el manejo administrativo.

Si dentro del acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la realización de la autorización para los servicios de carácter electivo, sean éstos ambulatorios u hospitalarios, el prestador de los servicios de salud deberá adoptar el formato definido en el Anexo técnico No. 3 (ver anexo técnico 3 https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20T%C3%A9cnico%20No%203_3047_08.pdf)

Anexo técnico No. 4: corresponde al formato y procedimiento relacionado con la respuesta de autorización de los servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso que se requiera de una autorización adicional. El Formato y procedimiento para la respuesta de la autorización de servicios electivos las entidades responsables del pago deben realizarla a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:

Si la respuesta es positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios electivos

deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad responsable del pago, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud en el Formato Único de Autorización.

En el caso de que el servicio solicitado sea de carácter prioritario, la respuesta a la correspondiente solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de la entidad responsable del pago dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la correspondiente solicitud.

En caso de que sea positiva la respuesta, la correspondiente entidad responsable del pago contactará telefónicamente al usuario quien deberá seleccionar el prestador de su elección dentro de las posibilidades de la red; la entidad responsable del pago concertará con el usuario la fecha y hora de la cita, o le informará el número telefónico del prestador seleccionado para que el usuario directamente concerté la fecha y hora, además le informará el valor correspondiente (Resolución 4331 de 2012).

En caso de que la respuesta sea negativa, la Entidad Responsable del Pago deberá diligenciar y enviar el formato único de negación de servicios establecido en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y diligenciar el registro de negación de servicios definido por el Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 4331 de 2012).

Anexo técnico No. 5: los soportes de las facturas de prestación de servicios de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 serán como máximo los definidos donde los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, donde la entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a

los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Anexo técnico No. 6: Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. Corresponde a la denominación y codificación de las causas de glosa, donde indica las devoluciones y respuestas relacionados con el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007. Aclara que las entidades responsables del pago no podrán crear nuevas causas de glosa o devolución; las mismas sólo podrán establecerse mediante resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Anexo técnico No. 7: Se relaciona con los estándares de datos para los anexos técnicos 1, 2, 3 Y 4.

Anexo técnico No. 8: se relaciona con el registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para la implementación de que trata el artículo 25 del Decreto 4747 de 2007, debe contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, donde el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

Anexo técnico No. 9: se relaciona con el formato de estandarización de referencia de pacientes (Resolución 4331 de 2012).

Anexo técnico No. 10: se relaciona con el formato de estandarización de referencia de pacientes (Resolución 4331 de 2012).

Anexo técnico No. 11: está relacionado con el contenido de los avisos que obligatoriamente deben publicar las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud (Resolución 4331 de 2012).

Dentro de los objetivos importantes a tener en cuenta para el proceso de cuentas mé-

dicas, enmarcado en el esquema definido por la normatividad y de las organizaciones busca ejecutar un proceso de cuentas médicas que nos oriente al manejo adecuado administrativo dentro del proceso y controlar de manera efectiva el gasto en salud , otros objetivos a tener en cuenta es:

- Dar a conocer las políticas y normas que rigen el proceso de cuentas médicas desde el punto de vista técnico y operativo.
- Definir claramente el proceso, responsables y competencias de cada uno de los actores, dentro del proceso de cuentas médicas.
- Dar a conocer el marco del sistema general de seguridad social los antecedentes normativos y la legislación vigente para una correcta aplicación del proceso definido.
- Proporcionar las herramientas, fundamentos y conocimientos, legales, contables y empresariales para la presentación, recepción y revisión de las facturas.

El área de cuentas médicas es muy importante dentro del sistema de salud teniendo en cuenta el impacto financiero que ocasiona el no llevar a cabo un proceso organizado asegurando la aplicación de la normatividad, garantizar la recepción, registro, procesamiento y autorización de facturas para realizar el pago oportuno a los prestadores de servicio de salud en los diferentes planes como POSC, ARS, PAC, particulares y regímenes especiales.

Dentro de los entregables de esta área se debe tener priorizados el acceso a la información necesaria para analizar el comportamiento del gasto en salud , estudiar las desviaciones de frecuencias y utilización del servicio, elaborar indicadores de gestión y realizar toma decisiones para el control del

mismo con nuevas negociaciones o políticas que garanticen la calidad del servicio, así como proyectar el gasto médico esperado, su estacionalidad, diferencias por área geográfica, perfiles de morbilidad y todas las variables que en un momento dado pueden influir en el comportamiento del mismo, cumpliendo así con las normas legales establecidas por el Ministerio de Salud y políticas internas de la empresa.

2

Unidad 2

Proceso de
Facturación



Cuentas médicas y conciliaciones

Autor: Diana Bricyid Sanchez Cote

Introducción

El proceso de facturación es el registro, evaluación, y liquidación de las atenciones prestadas a un paciente desde las diferentes áreas de atención.

El proceso inicia desde la contratación y al final son los pagos de los valores esperados de acuerdo a lo contratado y prestado de todos los servicios de salud.

Toda institución prestadora debe tener claro el proceso de facturación asegurando que lo contratado es lo que se presta, se autoriza y se paga asegurando una estabilidad económica para la institución, los recursos humanos, administrativos tecnológicos e infraestructura utilizada para la prestación de los servicios con calidad y seguridad a los pacientes.

Dar lectura a:

- Ley 100 de 1993.
- Resolución 1995 de 1999.
- Decreto 4747 de 2007.
- Decreto 2423 de 1996.

Proceso de Facturación

Etapas del proceso de Facturación

Dentro de las etapas de facturación se requiere previamente de una planeación, un desarrollo, y un mejoramiento de un adecuado proceso de facturación, basado sobre una información muy importante como es la contratación realizada en la institución donde se prestara el servicio.

La contratación es la entrada del proceso, es donde se identifican los servicios contratados, los responsables del pago, las condiciones contractuales, las tarifas, los requisitos del contrato, la manera de presentación de las cuentas. Quien realiza los convenios son las directivas, con el apoyo del área de convenios y administrativo y es allí donde se deja plasmado claramente que se contrató, a quien, con que tarifas, cuando se debe atender, cual es la modalidad, cuales son los soportes, quien es el responsable del pago, como presentar las cuenteas, cuando pagan.

El proceso de facturación tiene las siguientes etapas:

- 1. Contratación de servicios:** desde el área de contrataciones se debe asegurar el contrato, teniendo en cuenta que es donde se evidencia o soporta los
- 2. Admisión del usuario:** cuando ingresa en usuario a la institución para recibir las atenciones, desde las áreas de recepción, los responsables de tomar los datos, solicitar la documentación, verificación en la base de datos de la EPS si está activa para prestación de los servicios, de ingresar al sistema, se confirma derechos, si debe pagar algún bono ya sea cuota moderadora o copago.
- 3. Recolección de los documentos:** es el momento donde se organiza la documentación del paciente, los servicios prestados, desde el área ambulatoria y hospitalaria, debe incluirse los procedimientos, actividades, consumos, soportes de la historia clínica que requieren tener la evidencia de la utilización. La información registrada debe ser clara que soporte correctamente la prestación de los servicios, para el logro de una adecuada facturación y pago.
- 4. Clasificación de la digitación:** identificación del área, tipo de servicio, para organizar adecuadamente la facturación, luego ingresar la información de la factura y prestación de servicios.
- 5. Liquidación y elaboración de la factura:** se codifica la factura y se liquida

acuerdos, pactos de acuerdo a los servicios definidos a prestar basados en unos requisitos de habilitación.

1. de acuerdo con las tarifas definidas ISS, SOAT, institucionales para posterior emitir la factura de cada paciente.
2. **Preparación de la cuenta:** se recibe la facturación de acuerdo al proceso anterior, para luego hacer una preauditoria asegurando que lo que se esté facturando es lo que realmente se prestó, y este soportado adecuadamente. Este proceso es muy importante para cuantificar los errores y proponer oportunidad de mejora que busquen minimizar los mismos. En este mismo proceso se organizan las facturas por responsable del pago, para luego trasladar al área de cartera quien se encarga de la radicación.
3. **Radicación de la cuenta:** es el último paso del proceso de preparación y presentación de la cuenta, donde se reporta a la entidad pagadora, de acuerdo a las fechas de radicación y se reporta el monto de radicación aceptada, con sello de radicación por el área correspondiente.
4. **Gestión de cartera:** se encarga de hacer seguimiento a las cuentas de cobro radicadas, pagados, cuentas con objeciones, glosas, resultado del cual se debe tener claramente cuantificado, y medido para identificar situaciones que requieran de intervención priorizada por los directivos correspondientes.
5. **Recaudo:** son los ingresos por los valores prestados por la venta de los diferentes servicios prestados, asegurando el equilibrio financiero. Identificando cumplimiento de tiempos o plazos.

Procesos que intervienen directamente

- Desde el área de contratación.
- Desde el área de admisiones.

- Desde el área asistencial donde está la prestación de servicios con calidad.
- Desde el área de facturación.
- Desde el área de cartera.
- Desde el área de las directivas como estratégicos y definición de lineamientos o políticas a la organización.
- Desde el área financiera.
- Desde el área estadística para presentación de los informes definidos en las fechas definidas.
- Desde el área de contabilidad para registro de las cuentas por cobrar.
- Desde el área de presupuesto para realizar proyección de presupuesto vs ejecución.
- Desde el área de Tesorería, para determinar el flujo de caja, valores pagados, medios de pago.

Procesos relacionados con la prestación y operación

- Desde el área de mercadeo quienes venden los servicios.
- Desde el área de afiliaciones.
- Desde el área autorizadora.
- Desde el área de admisiones.
- Desde el área estadística, asegurando el registro de las atenciones, información del comportamiento para toma de decisiones.
- Desde el área de sistemas e informática que nos asegura la disponibilidad de los programas, actualización de la información, ingreso a los programas para registro de las atenciones.

Desde la operación

- El área de cartera
- El área de auditoría de cuentas (auditores en salud).
- El área de contratación.
- El área de control interno.
- El área de suministros o almacén.
- El área de recursos humanos.
- El área de sistemas.
- Las áreas de mantenimiento, aseo, alimentación, transporte entre otros.

3

Unidad 3

Desde la
contratación
pública o
administrativa



Cuentas médicas y conciliaciones

Autor: Diana Bricyd Sanchez Cote

Introducción

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el desarrollo de las IPS su proceso operativo debe tener una definición clara de las tarifas acordadas con la red de prestadores para el correspondiente cobro de los servicios de salud prestados según con la normatividad que está definida. Como auditores es una de las líneas de trabajo del auditor al cual puede desempeñarse dentro del contexto de la validación adecuada y pertinente de la prestación y cobro de los servicios contratados, autorizados, prestados y pagados.

Dar lectura a:

- **Ley 100 de 1993**
- **Decreto 2423 de 1996**
- **Acuerdo 256 de 2001.**

Para revisar los manuales tarifarios es importante tener en cuenta los acuerdos tarifarios que tiene cada entidad y los contratos, incrementos, descuentos por pronto pago entre otros.

Para los procesos de facturación debe tener 2 aspectos importantes como son la normatividad vigente, y el contrato vigente.

Desde la contratación pública o administrativa

Las entidades públicas contratan con personas jurídicas o naturales del sector público o privado para cumplir con algunas de sus obligaciones.

Regulado por:

- Ley 80 de 1993.
- Decreto 2170 de 2002:

“Las entidades estatales que requieran la prestación de servicios de salud, deberán obtener por lo menos dos ofertas de personas naturales o jurídicas que presten dichos servicios y se encuentren inscritas en el registro especial nacional del Ministerio de Salud”.

Participantes fundamentales del proceso

Contratante:

- Quien paga por recibir el bien o servicio que contrata. Para el caso es el Estado.

Contratista:

- Provee el bien o servicio contratado y recibirá un pago por ello.
- Cualquier persona natural o jurídica que no incurra en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad establecidas por la Constitución y las leyes.

Tipos de contratación

Teniendo en cuenta la naturaleza especializada de los servicios de salud, éstos fueron exceptuados de participar en licitaciones o concursos públicos.

Tipos de contratos que realiza el Estado

Contrato de obra construcción: mantenimiento o instalación de equipos en bienes inmuebles.

Contrato de consultoría: realización de estudios técnicos para inversión, diagnóstico, determinación de factibilidad, diseños de proyectos, estrategias etc.

Contrato de prestación de servicios: actividades de administración o funcionamiento de las entidades públicas, que no pudieran desarrollarse con personal de la planta existente.

Contrato de concesión explotación: prestación, operación, gestión total o parcial de un servicio público encargo fiduciario o fiducia pública entrega de recursos públicos para la administración o manejo de los mismos estableciendo un objeto y plazo específicos.

Tipos de contratación en salud

Pago por capitación: pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios pre-establecido.

Pago por evento: el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud.

Pago por caso conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente. Las tarifas son pactadas previamente.

En la contratación las condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios están:

Término de duración.

Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.

Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.

Servicios contratados.

Mecanismos y forma pago.

Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.

Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.

Mecanismos para la solución de conflictos. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso. Independientemente del mecanismo de pago que se establezca.

Dentro del sistema de salud No hay tarifas únicas o unificadas; están las tarifas ISS, las tarifas SOAT bajo el decreto 2423 de 1996 y tarifas particulares que son las propias que define de cada IPS.

Generalidades de los Manuales Tarifarios y facturación de servicios

Generalidades de las Tarifas ISS -Acuerdo 256 de 2001

El Ministerio de Salud en ejercicio de sus facultades legales en especial las conferidas por el Artículo 73, Numerales 3 y 7 de la Ley 100 de 1.993 y el Decreto Número 1292 de 1.994, mediante la Resolución Número 365 de 1.999, adoptó la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, de obligatoria aplicación por parte de los organismos de dirección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y transformadas, administradoras del régimen subsidiado, prestadores de servicios de salud, compañías de seguros que expiden el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, así como a las entidades o instituciones que tienen regímenes especiales en materia de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud bajo el cual prestan sus servicios.

De acuerdo al el Artículo 1, Parágrafo 1 de la Resolución 4144 de 1.999 del Ministerio de Salud, mientras entra en vigencia el Manual Tarifario de las Prestaciones en Salud, con base en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), los prestadores de servicios utilizarán, para efectos de reportar los registros individuales, los sistemas de codificación con los cuales facturan el valor de las atenciones a las entidades administradoras de planes de beneficios.

Que por la Resolución Número 2333 de 2.000 el Ministerio de Salud adoptó la primera actualización de la Clasificación Uni-

ca de Procedimientos en Salud con el fin, entre otros, de: efectuar el registro de los datos del módulo de prestaciones de salud en concordancia con lo dispuesto en los reglamentos del Sistema Integral de Información en Salud para el SGSSS; establecer la nomenclatura que exprese los contenidos de los planes de beneficios obligatorios y complementarios en el SGSSS; diseñar los manuales de tarifas en el sector salud y; elaborar protocolos y guías de atención.

Que para el pago de los servicios que el Instituto compre a Instituciones de Salud y a personas naturales, así como los que otorguen a los beneficiarios sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los que estén en capacidad de vender, es indispensable fijar las correspondientes tarifas y definir el contenido de las mismas.

Mediante el acuerdo 256 de 2001 Aprobar el Manual de Tarifas que se relaciona a continuación, para: 1) el pago de los servicios de salud electivos de tipo extrainstitucional y de urgencia que contrate el ISS a través de la EPS con instituciones de salud, grupos de práctica profesional y personas naturales; 2) el pago de los servicios de salud de tipo intrainstitucional que contrate el ISS a través de la EPS-ISS, o de sus IPS y CAAs, con Instituciones de salud, grupos de práctica profesional o personas naturales; 3) el cobro de los servicios de salud que las propias IPS y CAAs vendan, distintos a los originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), y 4) el reembolso de los servicios de salud que se presten a los afiliados de las Administradoras de Riesgos Profesionales por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Es importante tener en cuenta que para la aplicación de las tarifas antes señaladas, se establecen las siguientes:

- a. Procedimiento clínico: es el conjunto de actividades no quirúrgicas, relacionadas en el Capítulo II de este Manual, que se practican para el diagnóstico, tratamiento o alivio de la enfermedad o accidente.
- b. Campo operatorio: es el área que se prepara bajo condiciones de asepsia y antisepsia para la práctica, en un mismo acto, de una o varias intervenciones o procedimientos.
- c. Vía de acceso: es la entrada quirúrgica a un órgano o región por orificio natural o a través de incisiones en piel y/o mucosas.
- d. Intervenciones o procedimientos bilaterales: son aquellos iguales que de manera consecutiva practica el mismo especialista en un mismo acto quirúrgico, en órganos pares o elementos anatómicos de los miembros superiores o inferiores, o las cirugías iguales reconstructivas múltiples en miembros inferiores, que en forma simultánea efectúan dos especialistas de la misma especialidad.
- e. Intervención quirúrgica o procedimiento múltiple: son aquellos iguales o distintos practicados al paciente, en un mismo acto a través de igual o diferente vía, por un médico o más de otras especialidad.
- f. Exploración quirúrgica: es la intervención que se practica con fines diagnósticos o para valorar la efectividad del tratamiento.
- g. Revisión post-quirúrgica: es la intervención que tiende a corregir fallas funcionales de técnica quirúrgica o por complicación post operatoria.
- h. Unidad de Valor Relativo (UVR)
 - i. Sala de Procedimientos Especial: es el área física, ubicada dentro o fuera de la Unidad Quirúrgica, dotada con el equipamiento específico para la práctica exclusiva de un determinado tipo de procedimiento especializado, que además disponga de los equipos de soporte para atender las complicaciones inherentes a su realización.
 - j. Estancia: es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles como cama hospitalaria, para la atención de un paciente durante veinticuatro (24) horas.
 - k. Habitación unipersonal: es la individualizada con muros y exige que dentro de su área se disponga de lavado y cuarto de aseo para uso exclusivo del paciente.
 - l. Habitación bipersonal: es la individualizada con muros y exige que el servicio de lavado y cuarto de aseo estén integrados a la habitación, para uso exclusivo de los pacientes que en ella se hospitalicen o compartidos máximo con otra habitación del mismo tipo o de una cama; en este caso, la pieza individual se clasifica como bipersonal.
 - m. Habitación de tres (3) camas: es aquella en que las camas están localizadas dentro de una misma área, sin ningún tipo de división o individualizadas por cancel, cortina o cualquier otro medio; el servicio de lavado y cuarto de aseo, están localizados dentro del área de la habitación o zona aledaña, para uso exclusivo de la habitación o compartido con otra hasta de tres (3) camas.

- a. n) Habitación de cuatro (4) o más camas: es aquella en que las camas están dentro de una misma área, sin ningún tipo de división o individualizadas por cancel, cortina o cualquier otro medio; el servicio de lavado y cuarto de aseo, está localizado dentro del área de la habitación o zona aledaña, para uso exclusivo de la habitación o compartido con otras habitaciones.
- b. ñ) Consulta prequirúrgica o preanestésica: es aquella que el especialista realiza a todo paciente generalmente en forma ambulatoria, con anterioridad a la práctica del procedimiento quirúrgico, con el fin de planear el manejo perioperatorio, reducir la morbimortalidad y propiciar una buena relación médico paciente.
- c. o) Junta Médico-quirúrgica: es el órgano consultivo conformado por profesionales médicos especialistas, a fin de dictaminar sobre la conducta a seguir con los pacientes, para establecer un diagnóstico o acción terapéutica.
- d. p) Politraumatismo: compromiso grave por acción de violencia externa que afecta más de un órgano, cavidad y/o sistema vital.

Las tarifas están expresadas en UVR-S (Unidades de Valor Relativo en Salud). Una UVR-S = \$ 100

Generalidades de las Tarifas SOAT -Decreto 2423 de 1996

Según el decreto 887 del 2001, será de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza, si no hay acuerdo entre las partes.

Hay algunas definiciones a tener en cuenta como son:

Cirugía plástica o reparadora: es la que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar o restaurar la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales en otros órganos relacionados entre sí.

Habitación unipersonal: es la que requiere que dentro de su área se disponga de lavado y cuarto de aseo para uso exclusivo del paciente e individualizada con muros.

Habitación bipersonal: es la que está individualizada con muros y el servicio de lavado y cuarto de aseo está integrado a la habitación, para uso exclusivo de los pacientes que en ella se hospitalicen o compartida máximo con otra habitación del mismo tipo o de una cama. En ese caso, la pieza individual clasifica como bipersonal.

Habitación de tres (3) camas: es aquella en que las camas están localizadas dentro de una misma área, sin ningún tipo de división o individualizadas por cancel, cortina o cualquier otro medio. El servicio de lavado y cuarto de aseo está localizado dentro del área de la habitación o aledaño para uso exclusivo o compartido con otra habitación hasta de tres (3) camas.

Habitación de cuatro (4) o más camas: es aquella en que las camas están dentro de una misma área sin ningún tipo de división o individualizadas por cancel, cortina o cualquier otro medio. El servicio de lavado y cuarto de aseo está localizado dentro del área de la habitación o aldaño para uso exclusivo o compartido con otras habitaciones.

Examen odontológico de primera vez: es la actividad clínica que incluye un diagnóstico sobre el sistema estomatognático, la identificación de la placa bacteriana y el plan integral del tratamiento.

Control de placa bacteriana: es la identificación y eliminación de la placa, así como la medición y comprobación del índice de higiene oral.

Instrucción de higiene oral: es la metodología didáctica integral sobre el control de riesgos y el mantenimiento de la salud oral con la finalidad de estimular el autocuidado.

Terapia de mantenimiento: son las actividades clínicas que se desarrollan, tanto en adultos como en niños, para mantener las estructuras orales, en el nivel adecuado de fisiología.

Control odontológico de crecimiento y desarrollo: son las actividades clínicas que se deben ejecutar para evaluar la relación óseo dentaria y la ubicación de sus estructuras.

Atención de urgencia de tipo prehospitalario y apoyo

Terapéutico en unidades móviles: es el conjunto de recursos técnicos como equipamiento de cuidado intensivo, instrumental, materiales, equipo de radio, etc. y de recursos humanos capacitados en el manejo de emergencias, disponibles para desplazarse en forma oportuna al lugar ocurrencia de una emergencia, prestar la atención inicial por cualquier afección, mantener estabilizado el paciente durante su traslado a un Centro Hospitalario y a orientar respecto de las conductas provisionales que se deben asumir mientras se produce el contacto de la unidad con el paciente.

Servicio de urgencias: es la unidad que en forma independiente o dentro de una Entidad que preste servicios de salud, cuente con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad, previamente definido por el Ministerio de Salud, para esa Unidad.

Las tarifas están expresadas en SMDLV

Dentro de las definiciones de facturación es importante tener en cuenta las glosas y objeciones.

Objeciones

Las objeciones son las inconsistencias encontradas en las cuentas revisadas, que están sujetas a notificación y a contestación por parte del ente facturador para su corrección.

Glosa

Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total a la factura relacionada con la prestación de servicios de salud. Hay varias causas como son de falta de autorización, epicrisis, hoja de atención de urgencias.

Es importante tener en cuenta que la organización responsable del pago una vez revisada la factura debe reportar el valor de la glosa y las causales correspondientes y la entidad responsable de la prestación debe resolverla y responderla . Ejemplo sin soporte (por ejemplo: sin autorización, sin resultados de exámenes historia clínica etc.).Valor Pactado. Inexistente. Moderadora/Copago.

No Autorizado. Ilegible. No Pos. Excedente Tarifa. Copago/ C. Moderadora no descontado.

Soporte. No cumple Requisitos de Auditoria. Servicio ya Cancelado.

Devolución

Es cuando la factura en su totalidad se devuelve por diferentes causales administrativas especialmente, que no cumple con las condiciones acordadas .Cuando la entidad responsable del pago la devuelva debe indicar la causa correspondiente. Ejemplo Los soportes o usuarios en su totalidad pertenezcan a otro producto u otra EPS, servicio no autorizado, soportes incompletos no permitiendo realizar la auditoría de la cuenta, soportes ilegibles.

Hay otros términos a tener en cuenta en Cuentas Medicas y en la facturación como son:

Actividad o procedimiento quirúrgico

Es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o rehabilitación de secuelas.

Actividad o procedimiento no quirúrgico

Es el conjunto de actividades no instrumentales sobre el cuerpo humano que se practican para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de enfermedades o accidentes.

Acto médico

Conducta de un médico en ejercicio de su actividad profesional, adoptada para fines de control, diagnóstico de enfermedades, curación, alivio o rehabilitación de los usuarios.

Afección crónica

Toda enfermedad permanente o recidivante, o aquella cuya evolución se prolongue por más de seis (6) meses.

Afiliado o usuario

Persona natural que habiendo sido aceptada en calidad de tal que tiene acceso a los beneficios del sistema de salud de acuerdo con el plan ofrecido por la EPS correspondiente.

Atención ambulatoria

Es toda actividad, procedimiento, intervención que se realiza sin necesidad de internar al paciente por un período mayor de 24 horas.

Atención en salud

Es un proceso integrado por las actividades, intervenciones y procedimientos realizados en un individuo o en un grupo de individuos, y en aquellas realizado sobre el ambiente tanto de promoción y fomento de la salud, como de prevención, diagnóstico, tratamiento o recuperación de la enfermedad. Son parte del proceso las actividades de tipo administrativo, de desarrollo de personal de apoyo y los que realizan las personas que prestan el servicio.

Atención humanizada

Característica de la calidad de la atención en salud, consiste en tener en cuenta una serie de necesidades de índole cultural, religiosa, estilos de vida, que mantengan en alto la dignidad del ser enfermo.

Auditoría de cuentas médicas

Es el proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de las cuentas Médicas desde el punto de vista administrativo, financiero y médico por, según la normatividad vigente y bajo los parámetros contractuales definidos entre la EPS y la IPS.

Autorización de servicios

Es el documento expedido para el usuario que reúna los requisitos correspondientes, bajo la autorización del pool médico, con el fin de que le sea atendido el servicio ordenado por el médico tratante, mediante la especificación de los procedimientos, actividades o intervenciones que requiera.

Autorización de servicios no capitados

Es el documento expedido por la EPS al usuario que reúna los requisitos correspondientes, bajo la autorización del Departamento Médico, con el fin de que le sea atendido el servicio ordenado por el médico tratante (IPS de I y II nivel) mediante la especificación de los procedimientos, actividades o intervenciones que requiera.

4

Unidad 4

Liquidación de las
cuentas en salud



Cuentas médicas y conciliaciones

Autor: Diana Bricyid Sanchez Cote

Introducción

El adecuado proceso de liquidación de las cuentas y la construcción de los soportes de las cuentas, representa una de las principales líneas de trabajo de las organizaciones para mantenerse en el mercado teniendo en cuenta su objetivo como empresa y como vendedora de servicios de salud garantizando el equilibrio financiero.

Es normativo la obligación para todas las IPS facturar, por lo tanto debe ser una dependencia dentro de la institución que permita asegurar el registro y la liquidación de todos los servicios en salud prestados a los afiliados.

Dar lectura a:

- **Ley 1231 de 2008** “por el cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones”.
- **Resolución 3047 de 2008.**
- **Resolución 416 de 2009.**
- **Resoluciones 03374/2000.**
- **Resolución 0951/2002.**

Liquidación de las cuentas en salud

Soportes de cuentas

Requisitos de la factura física

Estar denominada expresamente como “factura de venta”.

- Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o quien presta el servicio.
- Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquiriente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de las facturas de venta.
- Fecha de su expedición.

Se debe tener en cuenta que estos requisitos deben estar impresos previamente.

- Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.
- Valor total de la operación.
- El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.
- Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.
- Número y fecha de la resolución con la cual la DIAN otorga la autorización de la facturación y el rango de numeración autorizada (prefijos y numeración).
- Es importante resaltar que cuando el contribuyente utilice un sistema de facturación por computador o máquinas registradoras con la impresión efectuada por tales medios, se entiende cumplidos los requisitos de impresión previa.
- El sistema de facturación deberá numerar en forma consecutiva las facturas se deberán proveer los medios necesarios para su verificación y auditoria.

Documentos equivalentes a la factura

- Los tickets de máquinas registradoras.
- Las Boletas de ingreso a espectáculos públicos.
- Los tickets de transporte de pasajeros.
- Los recibos de pago de matrículas y pensiones expedidos por establecimientos de educación reconocidos por el gobierno.
- Pólizas de seguros, títulos de capitalización y respectivos comprobantes de pago.
- Extractos expedidos por sociedades fiduciarias, fondos de inversión, fondos de inversión extranjera, fondos mutuos de valores, fondos de pensiones y cesantías.
- Las cuentas de cobro.

Los soportes que debe tener toda factura deben estar dentro de la cuenta de cobro de cada atención en salud de cada paciente, y se requieren para presentarlos a las entidades para certificar la atención y el cobro correspondiente.

Es importante tener en cuenta el soporte del RIP (Registro Individual de Prestación de servicios de salud) el cual se relaciona con la descripción de la información del prestador y del usuario que recibe la atención y este RIP debe ir en el mismo orden como se presenta cada factura.

Con relación a las facturas se deben asegurar un original y dos copias las cuales son La original para IPS y copia a contabilidad, copia para la EPS que contrato el servicio, copia para el paciente, una cuenta para soportar debe incluir la factura, los documentos soportes y los RIPS.

Para poder radicar los servicios prestados pueden presentarse según lo acordado con el pagador. Desde la factura de manera individual o por consolidado. Factura individual por cuenta.

Los RIPS son el conjunto de datos relacionados con las atenciones individuales de salud, de consulta, de laboratorio, procedimientos, hospitalización, atención de urgencias y acciones de promoción y prevención entre otros.

Los soportes administrativos son los documentos adicionales a los RIPS, que acorde a lo pactado en negociación o por características especiales del servicio prestado o del usuario deben ser presentados con la cuenta, o archivados en la IPS para verificación por parte de la auditoría clínica de la aseguradora.

Los más frecuentes son, la autorización para la prestación de servicios, la remisión, la certificación o constancia de información a la EPS de atención de urgencias, copia de Historia clínica, ordenes médicas y resultados de exámenes y procedimientos en alto costo. Requisitos nuevos según la Resolución 3047 de 2008 y 416 de 2009 que de acuerdo a la resolución 3047 de 2008 son:

1. Factura.
2. Detalle de cargos (caso AT. FOSYGA).
3. Autorización.
4. Resumen de atención o epicrisis.
5. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico.
6. Descripción quirúrgica.
7. Registro de anestesia.
8. Comprobante de recibido del usuario.
9. Hoja de traslado.
10. Orden y/o fórmula médica.
11. Lista de precios.
12. Recibo de pago compartido.
13. Informe patronal de accidente de trabajo.
14. Factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA.
15. Historia Clínica.
16. Hoja de Atención de Urgencias.
17. Odontograma.
18. Hoja de administración de medicamentos.

Y de acuerdo a cada servicio los soportes de atención son los acordes a la prestación que se realiza, es importante tener en cuenta que para proceder a la radicación previamente se debe revisar la cuenta en su preparación buscando el cobro efectivo de los servicios prestados, cuyos pasos adicional a la factura y los RIPS son las auditoria médica y administrativa de cuentas.

Para la auditoría de cuentas médicas, se debe tener en cuenta que es una intervención desde la evaluación técnica y administrativa de las facturas a radicar cuyo objetivo es análisis y comparar la situación ocurrida, con la norma actualizada y vigente.

Desde la auditoria de servicios de salud se debe evaluar desde el contexto de la calidad de la atención, la pertinencia de los servicios prestados y la mejor practica de salud orientada a los mejores resultados con el mínimo riesgo de atención, desde complicaciones, incidentes hasta mortalidades potencialmente prevenibles junto con los eventos adversos que se presenten.

Los problemas que se pueden identificar durante la auditoria son como:

Problemática encontrada



Auditoría de cuentas

- Generación objeciones injustificadas.
- Debil experiencia asistencial.
- Interpretación a conveniencia de las normas manuales.
- Desconocimiento de Manuales Tarifarios.
- Contratación de auditoría “para no pago”.
- Resistencia médica-asistencial para la implementación del proceso.
- Debilidad en preparacióny conocimiento de procesos y prodecidimientos.
- Falta de moral contractual Aseguradores vs Prestadores.
- Desconocimiento contratación.
- Desconocimiento normas vigentes.
- Se factura contra la glosa.
- Facturaciónnsin auditoría previa cuentas.
- Desconocimiento de facturación hospitalaria.
- Auditoría técnica como médica.
- Bloqueo a conciliaciones
- Falta de capacidad resolutive.
- Manejo inadecuado del “costo médico”.

Figura 1. Auditoría de cuentas

Fuente: Libro de facturación y auditoría de cuentas en Salud –Ecoediciones.

Consecuencias



- Riesgo de desprestigio de la auditoría.
- Objeciones y Glosas injustificadas.
- Conflictos Aseguradores-Prestadores.
- Dificultad para auditorías médicas.
- Cuentas y pagos fuera de tiempos.
- Flujo lento de caja.
- Situación financiera crítica.
- Baja rentabilidad de las IPSs.
- Pérdida de la calidad en atención.
- Mala atención al público - resta competencia.
- Cambio del objeto de la auditoría.

Figura 2. Consecuencias

Fuente: Libro de facturación y auditoría de cuentas en Salud –Ecoediciones

Objeciones y glosas:

Se recomienda tener en cuenta que es necesario que se especifiquen los siguientes aspectos:

- El concepto objetado o glosado.
- La causa de la objeción o glosa.
- El número de eventos objetados o glosados.
- La fecha de realización del concepto objetado o glosado.
- El valor de la objeción o glosa.

Periódicamente la IPS evaluará una muestra estadísticamente significativa de la calidad de las objeciones o glosas realizadas por los Auditores Externos. El resultado será compartido con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios con el fin de implementar las acciones de mejoramiento pertinentes.

Conciliaciones

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 23 del capítulo IV del Decreto 4747 de 2007, una vez se formule la glosa a una factura la IPS no aceptará nuevas glosas a la misma factura, salvo aquellas que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El tiempo máximo para la formulación de las objeciones por parte de los Auditores Externos será de 5 días calendario a partir de la fecha en que les sean entregadas las facturas para su revisión.

Los tiempos para el trámite de las glosas serán los estipulados por el Artículo 23 del capítulo IV del Decreto 4747 de 2007.

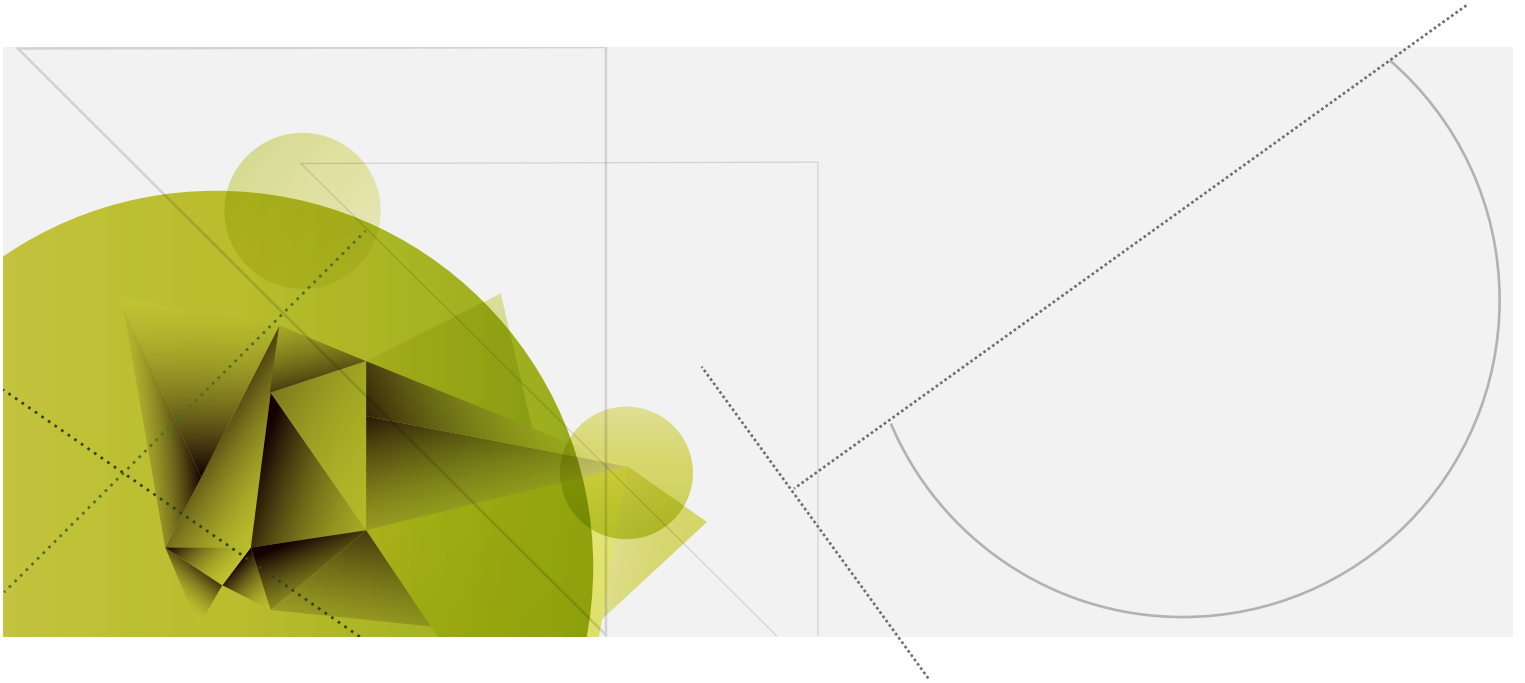
Segundas instancias

En caso de no lograrse la conciliación de una cuenta médica glosada que en concepto de la IPS sea injustificada, se procederá a analizar la objeción en otra instancia que emitirá un concepto Institucional con el cual se acudirá a la conciliación en segunda y tercera instancia, según corresponda.

Bibliografía

- **Ministerio de la Protección Social.** (2006). Decreto número 1011 de 2006. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>
- **Ministerio de la Protección Social.** (2007). Decreto número 4747 de 2007. Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf
- **Ministerio de Salud.** (2008). Resolución número 003047 de 2008. Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203047%20DE%202008.pdf
- **Ministerio de Salud.** (2006). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>

Esta obra se terminó de editar en el mes de octubre
Tipografía Myriad Pro 12 puntos
Bogotá D.C.,-Colombia.



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO