

ELECTIVA CUENTAS MÉDICAS Y CONCILIACIONES

Brigid Sánchez


EJE 2

Analicemos la situación



Introducción	3
Facturación de cuentas médicas	4
¿Qué son los RIPS?	5
¿Para qué se usan?	5
¿De qué están compuestos?	6
Proceso de facturación en salud	8
¿Qué es la factura?	9
Cómo facturar según cada manual tarifario:	9
El manual tarifario SOAT	12
Formularios utilizados para el reporte a SOAT	13
¿Qué son las glosas y devoluciones?	14
Presentación de glosas	15
Trámite de glosas	15
Corrección o aclaración de glosas	15
Evaluación de las glosas	16
Respuesta a glosas	16
Recobros al Fosyga	17
¿Cómo se hacía antes con los CTC?	18
Instructivo de diligenciamiento del Furips	18
Gestión de cartera	20
Bibliografía	23

Facturación de cuentas médicas



¿Qué son los RIPS?

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), son una serie de datos que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud y que se vinculan con algunos procesos fundamentales como dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios; los cuales se encuentran estandarizados en las entidades prestadoras de servicios de salud o profesionales de salud independientes (Ministerio de la Protección social, 2011).

¿Para qué se usan?

En general, los datos del RIPS sirven para las funciones que se ilustran a continuación.

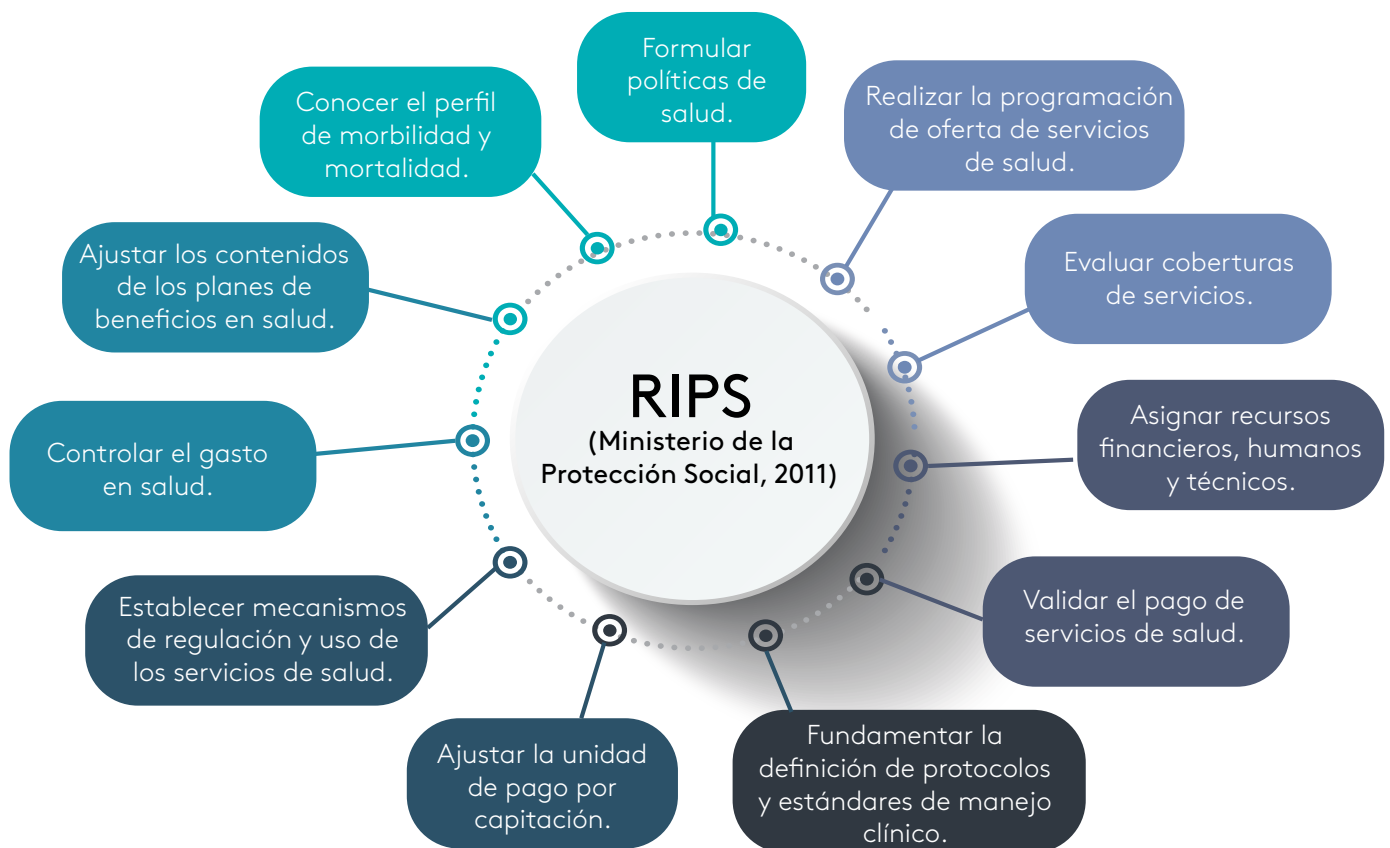


Figura 1.
Fuente: propia

¿De qué están compuestos?

El RIPS está conformado por cuatro clases de datos, que aplican dependiendo del servicio de salud registrado:

- 1. Identificación:** en los cuales se describen los datos tanto de la entidad prestadora de servicios de salud como los datos de la aseguradora y el paciente.
- 2. Servicio:** se refiere a las consultas, insumos y medicamentos que se le hicieron o fueron utilizados por el paciente durante su atención en salud (estancia hospitalaria y atención de urgencias), así como otros servicios relacionados como traslados y materiales.
- 3. Motivo de la atención:** se refieren a las causas que originaron la prestación de los diferentes servicios, y comprenden la causa externa y el diagnóstico.

La causa externa o motivo que origina la demanda del servicio, incluye: accidentes (trabajo, tránsito, rábico, ofídico y otros), lesiones (por agresión y autoinfligida), eventos catastróficos, enfermedad general y sospecha de enfermedad profesional o violencia (maltrato físico, abuso sexual, violencia sexual y maltrato emocional).

Diagnóstico: puede ser principal o relacionado.

- Principal: es el diagnóstico correspondiente a la patología que originó los signos y síntomas por los cuales el usuario sintió la necesi-

dad de consultar a la institución o al prestador independiente. Es un dato obligatorio de registrar.

- Relacionado: para efectos del RIPS, los diagnósticos relacionados serán todos aquellos que, dentro de una misma atención, originen alguna conducta médica, o estén relacionados con el principal, aunque no generen una conducta en ese evento de atención.

Los diagnósticos se codificarán con la CIE novena revisión, ajustada y complementada por el Ministerio de Salud, mediante Resolución 945 de 1999.

Tipo de diagnóstico: el diagnóstico puede ser presuntivos, cuando solo se tiene una impresión de la posible patología por los signos, síntomas y hallazgos del examen físico, o cuando no se ha podido confirmar un diagnóstico; puede ser confirmado nuevo cuando el profesional tiene la confirmación por medios diagnósticos por primera vez, en ese paciente; de lo contrario será confirmado repetido.

- 4. Datos del valor:** el valor unitario de las consultas, procedimientos y otros servicios se registran según el convenido con cada entidad administradora en el tarifario respectivo. En los procedimientos quirúrgicos el valor corresponde a la sumatoria de los factores que integran dicho valor, es decir: honorarios (médicos y de la anestesiología), derechos de sala, materiales y suministros.

Esquema de organización de la información de prestaciones de salud

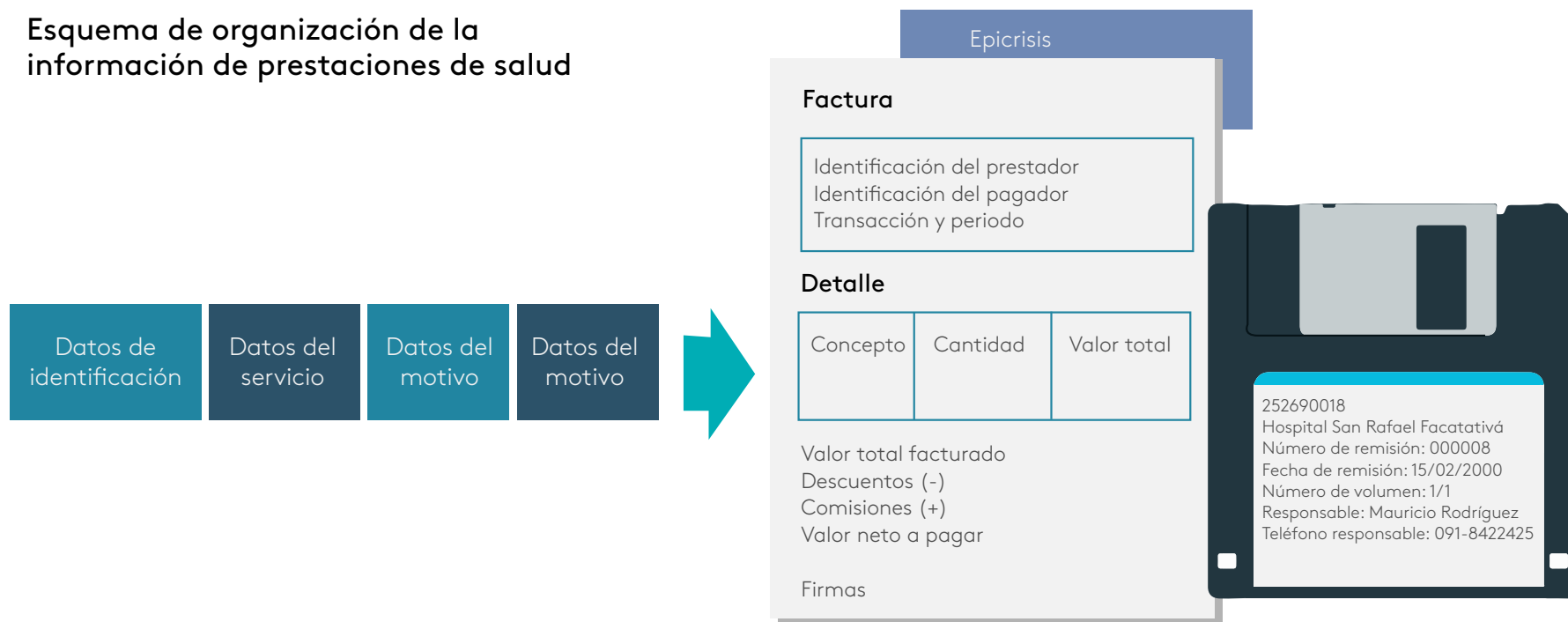


Figura 2. Ejemplo de esquema para facturación en salud
Fuente: Guía para la implementación de RIPS



Lectura recomendada

Para complementar la anterior información, consulte:

Cómo organizar e implementar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de salud (RIPS)

Ministerio de salud

Proceso de facturación en salud

Este proceso considerado como fundamental para una institución y sus profesionales, impacta aspectos como la sostenibilidad financiera de las instituciones, lo cual se garantiza cuando se cobran de forma adecuada las atenciones prestadas en el menor tiempo posible después de su realización. Un adecuado proceso de facturación, está determinado por varias situaciones:

1. Cuando los términos de contratación son claros y precisos, de forma que la información sobre contratación, ser-

vicios, población y tarifas se encuentra debidamente incorporada en bases de datos.

2. Cuando se cuenta con un software de facturación seguro y flexible que permita realizar las diferentes operaciones de acuerdo con los requerimientos generales.

Al respecto, el siguiente gráfico muestra el proceso de facturación en el campo de la salud:

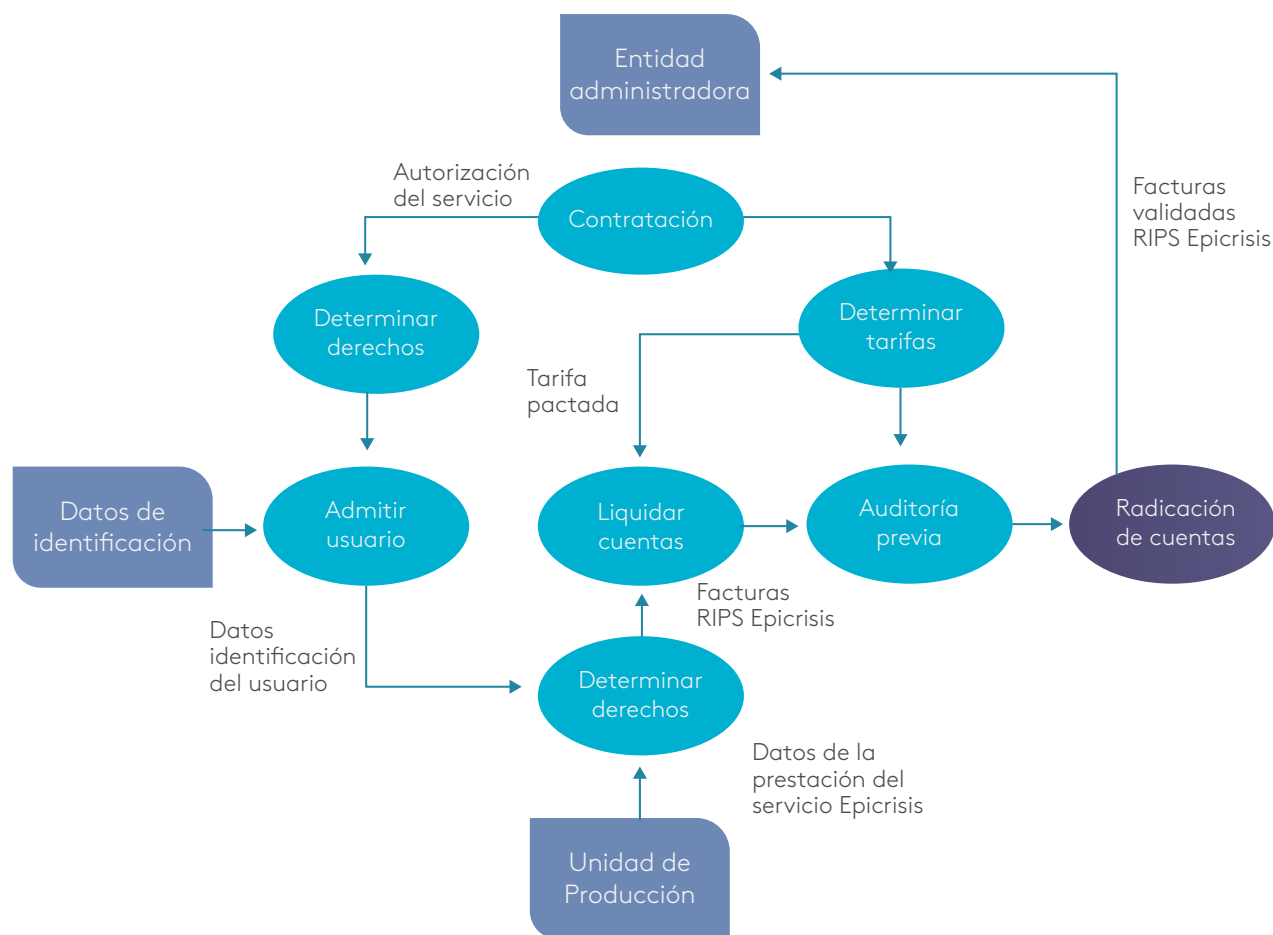


Figura 3. Proceso de facturación en salud
Fuente: Ministerio de la Protección Social, (2011)

Para adelantar un proceso de facturación en algunos casos se debe suscribir un contrato de prestación de servicios entre una entidad administradora de planes de beneficios y una prestadora de servicios de salud, pero también se pueden facturar servicios sin que medie un contrato establecido, sino por disposiciones de ley y en casos de urgencias vitales, accidentes o eventos catastróficos. Para cobrar, el prestador de servicios de salud debe facturar a la entidad pagadora (entidad administradora del plan de beneficios) los servicios prestados a cada usuario, por cada evento de salud, en forma individual, y se presentan para su respectivo pago una factura.

¿Qué es la factura?



Instrucción

Revise dentro de los recursos de este eje la infografía “Factura” en la cual se describe qué es la factura, sus soportes y cómo se revisa.

Cómo facturar según cada manual tarifario:



Instrucción

Para comenzar lo invitamos a repasar la Tabla 1. del referente de pensamiento del eje 1, en donde se describe la normatividad colombiana que influye en este proceso.

La facturación según el Manual ISS 256 2001 (Instituto de Seguros Sociales (ISS)) presenta las tarifas de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social (EPS-ISS). Este manual contempla 5 aspectos que se facturan normalmente en una cirugía y se describen en la siguiente tabla:

Palabras	Texto o contenido
Derechos del cirujano	Se trata del o los médicos capaces de prevenir, diagnosticar y curar enfermedades ejerciendo las intervenciones quirúrgicas.
Los derechos de sala	En los derechos de sala se factura: la utilización de la dotación básica de la misma, los equipos con sus accesorios e implementos, el instrumental y la ropa reutilizable o desechable, los servicios de enfermería, esterilización, instrumentación, circulantes y de la sala de recuperación hasta por seis horas.
Cuáles son los tipos de sala de cirugía	Salas (procedimiento, parto, recuperación, cirugía).
Materiales de sutura y curación	Los que se utilizan en cualquier sala.
Derechos del anestesiólogo	Médico que administra la anestesia durante una cirugía. También realiza bloqueos nerviosos en el caso de enfermedades que generan un dolor excesivo.
La ayudantía	Persona que desempeña como el ayudante o profesional en una cirugía o procedimiento. Tiene funciones muy importantes y valiosas dentro de la sala de cirugía o procedimientos, funciona de la mano del instrumentador.

Tabla 1.
Fuente: propia

Es importante considerar que en el Manual Tarifario ISS se utiliza UVR para liquidación de procedimientos



Ejemplo

A continuación, un ejemplo:

Código CUPS	Procedimiento	UVR
386100	Toma de injerto arterial	55

1. Cirujano 1270 * UVR.
2. Anestesiólogo: 960 * UVR.
3. Derecho de sala: 1410 se cobra cuando la UVR es mayor a 45.
4. Ayudantía: cuando la UVR es mayor a 50.

Los materiales de sutura, se cobran dependiendo la duración del procedimiento. Está conformado por el código CUPS, que se divide en: 3 8 6 1 00 Grupo, subgrupo, categoría y subcategoría.

Figura 4.
Fuente: propia



Ejemplo

Ejemplo de liquidación del procedimiento:

Resección total maxilar con reconstrucción simultánea	Cod CUPS: 764402.
Cod CUPS	764402.
UVR	300.
Cirujano	1270 * 300 = 381 000.
Anestesia	960 * 300 = 288000.
Derechos de sala	No se cobra por que la UVR es menor a 450.
Total	381.000 + 288.000 = 669.000.

Tabla 2. Resección total maxilar con reconstrucción simultánea
Fuente: propia

El manual tarifario SOAT

Es un manual en el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médico quirúrgicos y hospitalarios prestados a las pacientes víctimas de los accidentes de tránsito.



Instrucción

Lo invitamos a que consulte la nube de palabras "SOAT" para observar datos importantes sobre su funcionamiento.



Ejemplo

Al respecto se presenta a continuación el siguiente ejemplo:

Ejemplo de liquidación:

Cód. 6410 procedimiento:

Código	Procedimiento	Grupo quirúrgico
6410	Diverticulectomía del esófago	13

Tabla 3.
Fuente: propia

Cirujano $21.48 * 18890 = 405.757$
Anestesiólogo $12.72 * 18890 = 240.280$
Ayudantía $6.17 * 18890 = 116.55$
Derecho sala $33.16 * 18890 = 626.392$
Materiales $15.72 * 18890 = 296.950$
Total: 1.685.930

Formularios utilizados para el reporte a SOAT

Se describen a continuación:



Figura 5. Formularios utilizados para el reporte del SOAT
Fuente: propia

¿Qué son las glosas
y devoluciones?

Para el Ministerio de la Protección Social son errores que se reflejan en la factura cuando la IPS se la envía a la EPS. Las cuales pueden ser por:

- No verificación.
- Falta de documentos.
- Epicrisis sin relación con todos los procedimientos.
- Falta de anexos de documentos.
- Falta de anexos de documentos.

Presentación de glosas

Es necesario que el contrato con la entidad prestadora de servicios establezca los requisitos y plazos de presentación según lo dispuesto en el Decreto 4747 del 2007, donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, concepto glosado y causa de la glosa. De igual forma se deben traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios.

Trámite de glosas

Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud, las glosas a cada factura con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez

formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco días hábiles siguientes a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas (Manual de Glosas y Devoluciones, 2008).

Corrección o aclaración de glosas

Posteriormente al registro de las glosas se procede a un análisis para verificar sus causas y determinar áreas o funcionarios a los que debe remitirse para su solución.

Evaluación de las glosas

Los funcionarios que se estipulan para el análisis y la realización del trámite de las glosas, deben evaluar si la glosa es o no **pertinente**. En este evento se procede a verificar si la causa de la glosa es o no **subsancable**.

Las diferentes correcciones, aclaraciones, complementaciones o aceptaciones realizadas de estas deben ser informadas, documentadas y entregadas a la unidad encargada de dar respuesta a la entidad contratante, la cual consolida la información recibida de las diferentes unidades y formula la respuesta formal de la institución.



Pertinente

Corresponde a aquella que es adecuadamente justificada por la entidad contratante.

Subsancable

Se enmienda completando la documentación o información requerida por parte de la entidad contratante, realizando las correcciones necesarias o formulando las aclaraciones del caso. No subsancable: Se informa a la entidad contratante, su aceptación.



Figura 6.
Fuente: Shutterstock/431687821

Respuesta a glosas

Las glosas en su totalidad deben ser respondidas y en caso de omisión esto traerá consecuencias legales o incluso si se evidencia una deficiencia administrativa puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución.

Si se responde a diferentes glosas, se debe relacionar las aceptadas, el número de la factura o documento equivalente afectado, el valor y la denominación del servicio descontado; en caso de correcciones o aclaraciones, deberán anexarse los soportes pertinentes. Las glosas no aceptadas deben detallarse con sus respectivas explicaciones. Es necesario dejar constancia de la fecha de entrega de la respuesta a las glosas, para certificar su presentación dentro de los términos establecidos.

Recobros al Fosyga

Los recobros al **Fosyga** se realizan por facturación de insumos y procedimientos no incluidos en POS.

Desde el 1 de diciembre de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social implementó Mi Prescripción (Mipres), una herramienta tecnológica diseñada para prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de beneficios a los afiliados del régimen contributivo.

Con el fin de garantizar que las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los profesionales de la salud realizarán los ajustes correspondientes que permitieran la puesta en marcha de la herramienta, la implementación se realizó de manera gradual. El ministerio efectuó el seguimiento y acompañamiento requeridos por todos los actores mencionados.



Fosyga

Es una cuenta del Ministerio de Salud para la compensación interna del régimen contributivo, solidaridad del régimen de subsidios en salud, la promoción de la salud y el seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT).

1. La herramienta Mipres facilita el acceso a los servicios y tecnologías que no se encuentran incluidos en el Plan de beneficios. Por tanto, ahora el profesional de salud los prescribe directamente, sin necesidad de aprobación por parte del Comité Técnico Científico (CTC).
2. Es obligación de las EPS informar de manera oportuna, clara y en un tiempo razonable el lugar donde realizará el suministro del servicio o tecnología no incluido en el Plan de beneficios que haya sido prescrito por el profesional de la salud.
3. Las EPS deben realizar la entrega oportuna de los medicamentos y servicios prescritos, en los tiempos establecidos en la Resolución 3951 de 2016.
4. El Ministerio de Salud y Protección Social no interviene en el proceso de prescripción, autorización o entrega de los servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de beneficios, razón por la cual no emite autorizaciones. En este sentido, no es dable que las EPS, IPS y operadores soliciten avals o verificaciones del Ministerio.
5. Las IPS deben cumplir los términos en los que se deben efectuar las juntas de profesionales de la salud, que no deben superar los cinco días hábiles siguientes a la solicitud del profesional de la salud. Las juntas únicamente operan cuando se trate de soporte nutricional, servicios complementarios y medicamentos incluidos en los listados Unirs y el conformado con los reportes de las sociedades científicas. En los demás casos no media ninguna aprobación o autorización.

¿Cómo se hacía antes con los CTC?

Antes cuando un médico en su consulta prescribía un servicio no POS, tenía que elaborar la solicitud con la correspondiente información que justificaba la razón de su decisión en el plan de manejo recomendado. Esa solicitud debía ir ante un Comité Técnico Científico (CTC) que operaba en la EPS. El CTC recibía la solicitud del médico, la evaluaba y si con la información que el médico le entregaba le era suficiente y estaba de acuerdo, se aprobaba, si no era suficiente, dicho comité pedía información adicional al profesional y eso tomaba un tiempo adicional para autorizar la orden médica. La norma preveía 2 días calendario como tiempo máximo. Luego de ser aprobado el servicio, la EPS le indicaba al usuario en qué IPS se realizaría el suministro efectivo, en ocasiones la negación del CTC, conllevaba a que el usuario interpusiera una acción de tutela y por esa vía se realizaba la entrega. Cabe aclarar que el CTC se sigue utilizando para el régimen subsidiado.

Instructivo de diligenciamiento del Furips

Este formulario aplica para reclamaciones presentadas por personas jurídicas para el reconocimiento y pago de atenciones en salud o transporte desde el sitio del evento al primer centro de atención.

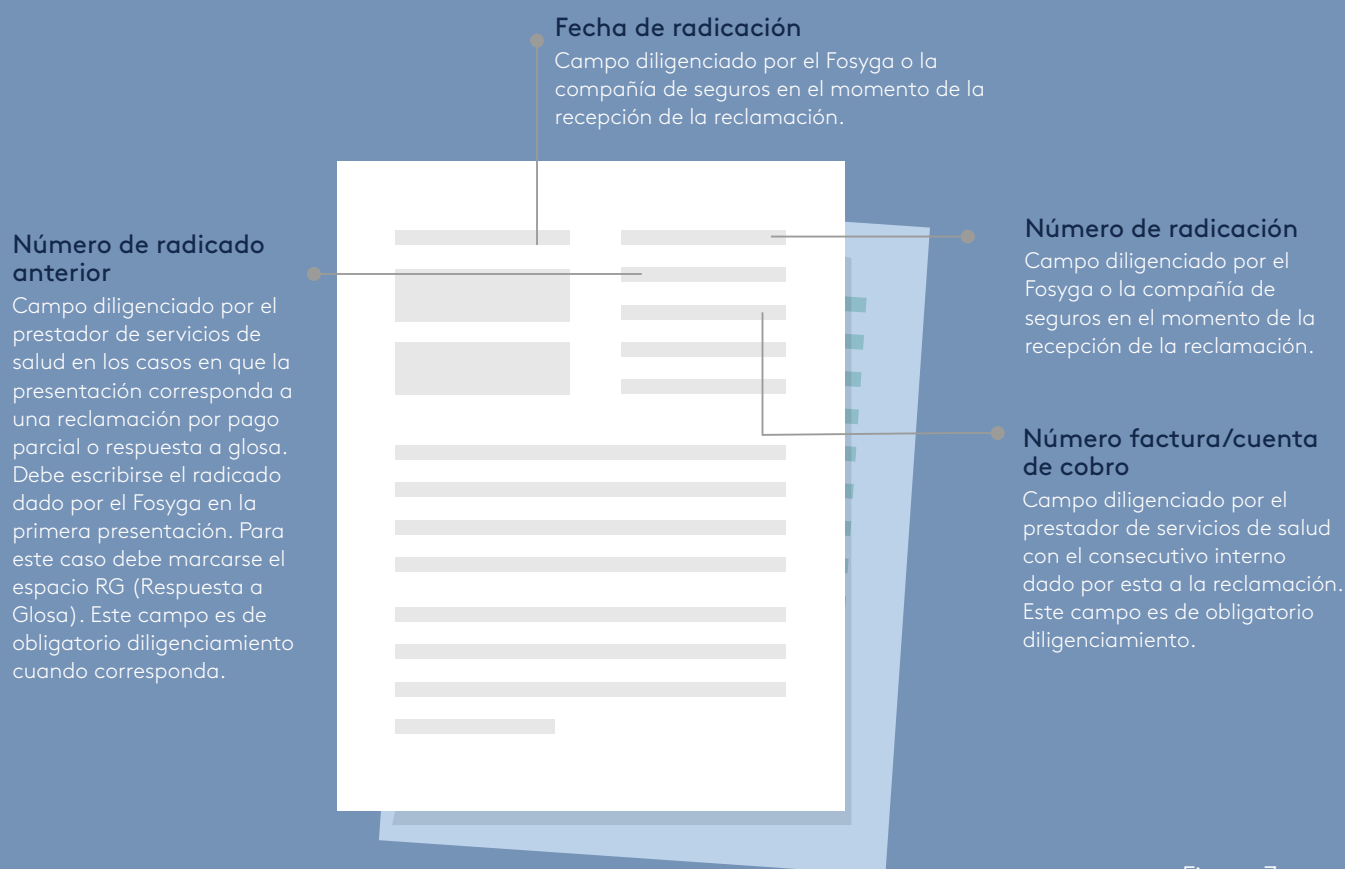


Figura 7.
Fuente: propia

Beneficio: la población que sufra daños corporales causados en accidentes de tránsito ocurridos dentro del país, tendrán derecho a los servicios y prestaciones establecidos en el SOAT y también con cargo a la subcuenta ECAT, contarán con dicho derecho las víctimas de eventos terroristas y catastróficos, relacionados a continuación:

1. Servicios médico-quirúrgicos: en el caso de accidentes de tránsito la compañía de seguros y la subcuenta ECAT de Fosyga, en los casos de vehículos no asegurados o no identificados, reconocerán una indemnización máxima de 500 salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento de la ocurrencia del accidente. En caso de víctimas politraumatizadas o que requieran servicios de rehabilitación, una vez agotado el límite de cobertura anterior, una reclamación adicional, previa acreditación del agotamiento de la cobertura inicial por los excedentes de los gastos anotados, hasta por un valor máximo equivalente a 300 salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento del accidente, previa presentación de la correspondiente reclamación.

Tratándose de víctimas de eventos terroristas o catástrofes naturales, el valor de la indemnización será hasta por 800 salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento de la ocurrencia del evento. Sin embargo, la entidad administradora del Fosyga está en la obligación de contratar un seguro para garantizar una cobertura superior a la anotada en el inciso anterior a las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope, o constituir una reserva especial para cubrir estas eventualidades.

Tales servicios comprenden:

- Atención inicial de urgencias.
- Hospitalización.
- Suministro de material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.
- Suministro de medicamentos.
- Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.
- Servicios de diagnóstico.
- Rehabilitación, por una duración máxima de seis meses, salvo lo previsto en el presente decreto respecto del suministro de prótesis.

- 2. Indemnización por incapacidad permanente:** la incapacidad permanente dará derecho a una indemnización máxima de 180 salarios mínimos legales diarios vigentes a la fecha del evento, de acuerdo con la tabla de equivalencias para las indemnizaciones por pérdida de la capacidad laboral y el Manual Único de Calificación de la Invalidez.
- 3. Indemnización por muerte de la víctima:** en caso de muerte de la víctima como consecuencia directa del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico, siempre y cuando ocurra dentro del año siguiente a la fecha de este, se reconocerá una indemnización equivalente a 600 salarios mínimos legales diarios vigentes aplicables al momento del accidente o evento.
- 4. Indemnización por gastos funerarios:** en el evento previsto en el numeral anterior, se reconocerá una indemnización máxima de 150 salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente o evento.
- 5. Indemnización por gastos de transporte y movilización de las víctimas al centro asistencial:** este amparo comprende los gastos de transporte y movilización de víctimas desde el sitio de ocurrencia del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico a la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), se reconocerá una indemnización equivalente a los costos del transporte suministrado, hasta un máximo de diez salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente o del evento.

Gestión de cartera

En el proceso comercial de cartera, se tiene como finalidad mantener una cartera sana, aumentar el recaudo y manejar fraudes, para esto se hace necesario acudir a las etapas persuasivas la cual está dividida en actividades como: suspensión del servicio, cortes del servicio, notificar a los usuarios morosos, llamadas telefónicas a usuarios morosos, visitas de campo e inspecciones, evaluar y hacer seguimiento a las actividades realizadas con el fin de plantear estrategias para el mejoramiento continuo.



Ejemplo

Ejemplo de gestión de cobro entidad IPS X

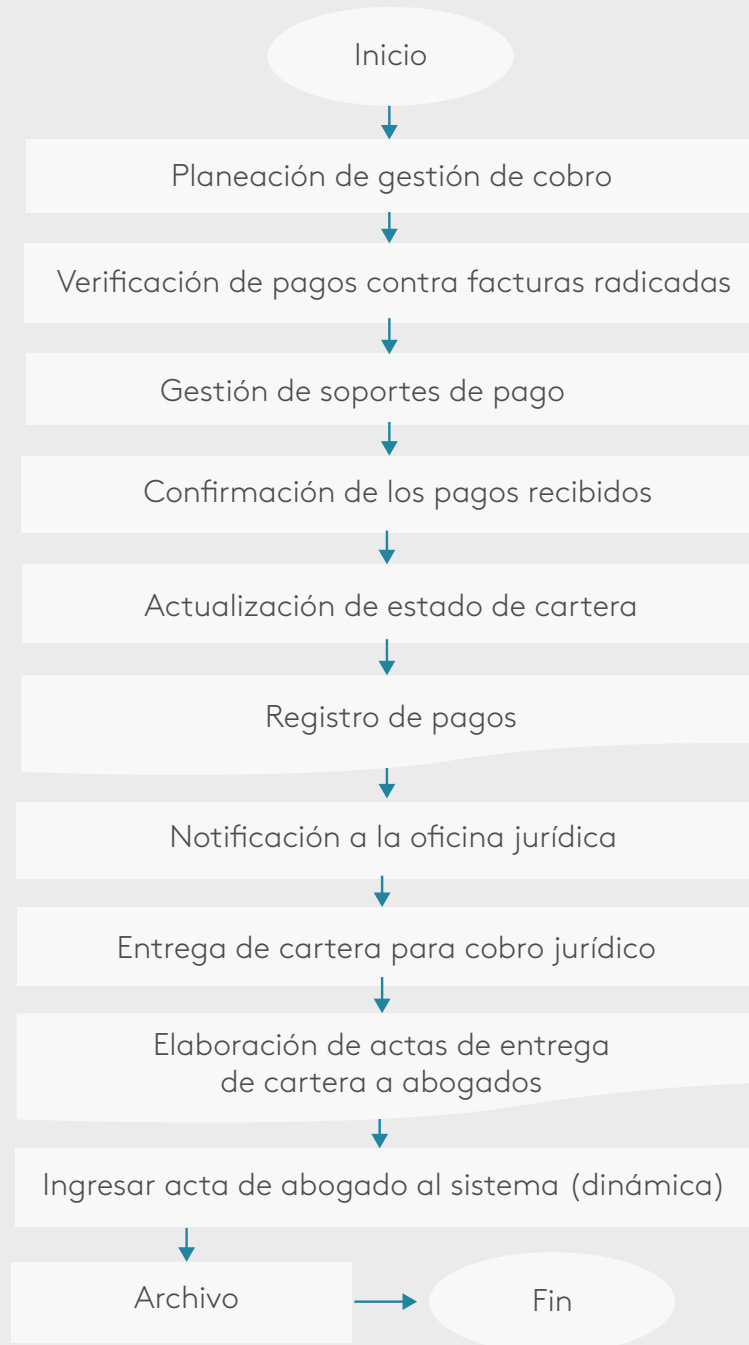


Figura 8. Proceso de gestión el cobro
Fuente: tomado de procedimiento de gestión del cobro



Lectura recomendada

Para complementar la anterior información, consulte:

Gestión de la cartera de difícil cobro

Hospital Departamental San Antonio de Pitalito,
Huila, ESE



Instrucción

Antes de la evaluación lo invitamos a desarrollar la actividad práctica "Analizando una factura médica".

Para finalizar vamos a realizar la actividad evaluativa.

Campo Alto. (s. f.). *Manual ISS*. Recuperado de <http://admon-salud-campoalto.webnode.com.co/manual-iss/>

Instituto de Seguros Sociales ISS. (2001). *Manual ISS*. Recuperado de <http://www.hrd.gov.co/documentos/facturacion/MANUAL%20DE%20FACTURACION%202013/TARIFAS%20ISS%20-01%20AC256.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Manual Único de Glosas*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047-08%20y%20416-09.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Lineamientos Técnicos RIPS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20T%C3%A9cnicos%20para%20EAPB%2009092013.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Preguntas frecuentes RIPS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2017). *Copagos y cuotas moderadoras*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/cuotas-moderadoras-y-copagos-2017.pdf>