



ANEXOS RESOLUCION 008 DE 15 DE ENERO DE 2019 PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

ANEXO 1

REQUISITOS PARA LA RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE PAGO POR CONCEPTO DE SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS EN SALUD, SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Con el propósito de facilitar el procedimiento de auditoría interna sobre las solicitudes de pago de servicios y tecnologías en salud, sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital, autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial, se relacionan a continuación los requisitos generales para su presentación que comprende los soportes que deben acompañar la solicitud, el periodo del mes y el lugar de presentación, de la siguiente manera:

1. SOPORTES QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD.

1.1. CREACIÓN DE TERCEROS.

En el evento en que la solicitud de pago se realice por primera vez por parte de la IPS ante la Secretaría Distrital de Salud, SDS, o que la IPS registre alguna modificación de su Representación Legal, entregar con oficio remisorio dirigido a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento los siguientes documentos debidamente actualizados, con el objeto de registrar al beneficiario del pago:

- ▮ RUT.
- ▮ Cámara de Comercio.
- ▮ Formato de información a terceros, firmado. Anexo.
- ▮ Certificado de cuenta bancaria, Para la primera vez que radique cuenta, el certificado no debe ser mayor a 30 días. Se renovará con cada vigencia o cuando cambie de cuenta bancaria.

1.2. AUTORIZACION DEL SERVICIO

Entregar, impreso, el código de autorización emitido por MIPRES.



1.3. REPORTE DE MEDICAMENTOS AL SISMED.

Entregar de manera trimestral con oficio remitario dirigido a la Dirección de Seguridad Social y Garantía de la Calidad, la evidencia de validación del reporte de información sobre los medicamentos al SISMED, conforme con lo establecido en la normatividad legal vigente.

1.4. SOLICITUD DE PAGO.

Mediante oficio remitario, firmado por el Representante Legal de la EPS o a quien este delegue, dirigido a la Dirección de Seguridad Social y Garantía de la Calidad, la EPS debe presentar - organizado y foliado por IPS -, los siguientes documentos:

1. Factura o documento equivalente diligenciado con base en los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario.
2. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO PBS. la factura debe indicar nombre y número de identificación del afiliado.
3. La factura o documento equivalente, será expedido por el prestador del servicio o Tecnología NO PBS, a nombre de la Gobernación de Casanare con NIT 892099216-6
4. La factura o documento equivalente incluirá exclusivamente los servicios o tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios de Salud, a Cobrar a la Gobernación de Casanare, discriminados con códigos CUM y CUPS.
5. Para los servicios facturados por paquete se deberá adjuntar detalle de cargos, el cual debe discriminar los servicios del paquete con cantidad y valor, así como, los códigos CUM y CUPS correspondientes a cada uno de los cargos.
6. Evidencia de entrega de acuerdo con el ámbito y teniendo en cuenta lo definido en la Resolución 2438 del 2018 y el manual de auditoria MIPRES.
7. Registro Único de Prestación de Servicios de Salud RIPS, en medio Magnético.
8. Las facturas o documentos equivalentes y sus soportes serán radicadas por la EPS en la Ventanilla Única de Correspondencia, de la Gobernación de Casanare, organizadas por prestador y con base en el Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo.
9. El periodo de radicación está comprendido entre el primero y el día veinte de cada mes según se establece en el cronograma de que trata el Anexo 1 de la presente resolución.
10. El Prestador de los servicios y tecnologías no incluidas en el PBS, enviara copia del radicado de sus facturas ante la EPS, a la Dirección Administrativa y Financiera de la SSC por vía electrónica, al correo salud.cuentas@casanare.gov.co como soporte para seguimiento a la gestión de la EPS.



11. Certificado emitido por el Revisor Fiscal y el Representante Legal de la IPS que de cuenta, sobre la facturación objeto de solicitud de pago, que no ha sido presentada previamente a otro pagador ni ha sido cancelada por otro pagador. (Entidad Territorial, EPS).

ANEXO No. 2

PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE PAGO POR CONCEPTO DE SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS EN SALUD, SIN FINANCIACION EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD

El Equipo de Auditoria de Cuentas Médicas de la Dirección de Seguridad Social y Garantía de la Calidad de la Secretaría Departamental de Salud, SSC, es el encargado de desarrollar el proceso de verificación y control de las solicitudes recibidas de las EPS, con el objeto de establecer la obligación de pago frente a los servicios y tecnologías no financiados en el Plan de Beneficios en Salud (NO PBS), prestados por las IPS a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en el Departamento de Casanare, mediante la causación, auditoría, comunicación de resultados de auditoría a las IPS, conciliación de cuentas médicas y saneamiento de cartera de la siguiente manera:

I. CAUSACIÓN

La factura recibida en la Oficina de Cuentas Medicas de la Secretaria Departamental de Salud, se ingresa al Módulo de Cuentas Medicas del Sistema Finanzas Plus, de la Gobernación de Casanare, el cual creara la obligación contable con cargo al FONDO DEPARTAMENTAL DE SALUD.

II. AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

El desarrollo de la auditoría tendrá en cuenta como mínimo:

1. VERIFICACIÓN DE DERECHOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).

La verificación de si le asiste al usuario el derecho al momento de la prestación del servicio, se realizará mediante la consulta de las bases de datos del Comprobador de Derechos de la Secretaria Departamental de Salud (SSC), la página Web del DNP, la página Web del ADRES (BDUA y Afiliados compensados) y la página Web de SISPRO.



La factura será devuelta en su totalidad, en caso de no encontrarse identificado el usuario como afiliado al Régimen Subsidiado en Salud en el Departamento de Casanare

2. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (NO PBS).

Se revisará si el servicio o tecnología cobrado fue diligenciado oportunamente en la plataforma MIPRES, o fue ordenado por autoridad judicial.

En los casos de orden por autoridad judicial se verificará el cobro facturado respecto al contenido de la decisión judicial y se tendrá en cuenta el tiempo establecido en el fallo para la prestación de servicios o tecnologías no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (NO PBS).

3. DETERMINACIÓN DEL VALOR A PAGAR POR LOS SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (NO PBS).

Con el objeto de determinar el valor a pagar, se tendrá en cuenta:

3.1. PARA MEDICAMENTOS:

3.1.1 En el caso que la Tecnología no financiada en el Plan de Beneficios en Salud (NO PBS) sea un medicamento, el valor tope a reconocer en la Factura por la SSC, es el valor máximo autorizado por la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPM) para la fecha de la atención.

3.1.2 Si para la fecha de la atención del usuario, el precio de la Tecnología (Medicamento) no esté regulado, el valor se tomará de la lista de Medicamentos de la Secretaria Departamental de Salud vigente para la fecha de atención.

3.1.3 Si la Tecnología (Medicamento) no tiene valor máximo de referencia por la CNPM y/o la Secretaria Departamental de Salud, se tomará como referencia el valor del SISMED de la siguiente Manera:

3.1.3.1 Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por **atenciones intrahospitalarias** (Urgencias, Hospitalizaciones o Procedimientos médico - quirúrgicos) se tomará la columna de **Precio** de la referencia **COMPRAS** en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio. Se obtendrá el valor promedio entre cuatro a cinco referencias, sin tener en cuenta los valores extremos (ni los más bajos ni lo más altos) y el resultado obtenido es el que se debe aplicar como valor del medicamento.

3.1.3.2 Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por **atenciones ambulatorias o fórmulas médicas** (Extrahospitalaria) se tomará la columna de **MAYORISTA Precio** de la referencia **VENTAS CANAL INSTITUCIONAL** en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio. Se

obtendrá el valor promedio entre cuatro a cinco referencias, sin tener en cuenta los valores extremos (ni los más bajos ni los más altos) y el resultado obtenido es el que se debe aplicar como valor del medicamento.

3.2 PARA INSUMOS:

Se reconoce el valor de la factura de compra del proveedor más el 12% por gastos administrativos.

3.3 PARA PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS O DIAGNÓSTICOS: Para los Servicios o Tecnologías no financiados en el Plan de Beneficios en Salud (NO PBS) correspondientes a Procedimientos Terapéuticos o Diagnósticos el valor máximo a reconocer por la SSC son las establecidas en el Decreto 2423 de 1996 (Tarifario SOAT), vigente para la prestación del servicio.

3.4 PARA CONJUNTO INTEGRAL DE SERVICIOS (PAQUETE): Cuando el Servicio o Tecnología no financiado en el Plan de Beneficios en Salud (NO PBS) es un Conjunto Integral de Servicios (paquete), la IPS anexará el detallado del contenido por Servicio o Tecnología de forma individual y las cantidades incluidos en este; si contiene insumos no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (NO PBS) la IPS anexará la Factura de Compra del Proveedor que suministro la Tecnología.

Si el detallado contiene servicios o tecnologías cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud (NO PBS), serán descontados al valor establecido en el Decreto 2423 de 1996 para el año de la prestación del servicio.

4. APLICACIÓN Y DESCUENTO DEL COMPARADOR ADMINISTRATIVO (HOMÓLOGO) AL SERVICIO O TECNOLOGÍA NO FINANCIADO EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS).

La SSC verificará los comparadores administrativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la realización del descuento del valor del homólogo incluido en el PBS. De no encontrarse la Tecnología en este listado, se procederá a tomar el servicio o Tecnología determinada en el Listado de Homólogos determinado por la Secretaria Departamental de Salud de Casanare, el cual hace parte del Manual de Auditoría Integral de Cuentas Medicas de Casanare.

Los Servicios o Tecnologías NO PBS (incluidos los paquetes o conjuntos de atenciones integral), que en el proceso de auditoría de cuentas médicas se evidencie que contiene uno o varios Servicios o Tecnologías incluidas en el PBS, se descontarán del valor facturado por la IPS, por corresponder su reconocimiento a la EPS Subsidiada.

El valor del Comparador Administrativo (homólogo) utilizado para el reconocimiento de la Tecnología tipo Medicamento no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud

(NO PBS) utilizará el mismo procedimiento descrito en los literales 3.1.3.1 y 3.1.3.2. para el valor máximo a reconocer en la Factura por la SSC, cuando no tiene valor máximo de referencia por la CNPM.

5. RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS TIPO MEDICAMENTO NO FINANCIADAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD QUE NO PRESENTAN INDICACIÓN INVIMA PARA EL GRUPO ETARIO O LA PATOLOGÍA A LA CUAL FUE FORMULADA.

En los casos que la IPS habilitada formule un medicamento sin indicación registrada en el INVIMA para la patología o grupo etario del usuario registrado en la factura, la SSC verificará el acta de la Junta de Profesionales de la Salud debidamente diligenciada y el respectivo consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante. Adicionalmente, en el proceso de auditoría se validará la existencia de la prescripción y el registro de la aprobación de la Junta de Profesionales realizado por el secretario técnico de la IPS. según lo estipulado en el Artículo 45, Parágrafo 2 de la Resolución 2438 de 2018.

6. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA AUDITORÍA.

- a. Que el servicio o tecnología suministrada al usuario, objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el PBS para la fecha de prestación del servicio.
- b. Que el servicio o tecnología sin cobertura en el PBS fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.
- c. Que el servicio o tecnología sin cobertura en el PBS fue efectivamente suministrado al usuario.
- d. Que el reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS compete a la Entidad Territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.
- e. Que los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.
- f. Que el valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas en la Resolución 1479 del 6 de Mayo de 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, o las normas que la modifiquen.
- g. Que la cuota de recuperación, esté descontada en la factura del prestador según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y en el Decreto 345 de 2008 (Gratuidad) o en las normas que lo modifiquen o adicionen.

7. TÉRMINOS PARA REALIZAR LA AUDITORIA DE LOS SERVICIOS O TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (NO PBS).

La Secretaría Departamental de Salud de Casanare (SSC), dentro de los dos (2) meses siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, desarrollará la auditoría y preparación de comunicación de resultados con destino



a la IPS, teniendo en cuenta la codificación de la glosa y devolución de que tratan las Resoluciones 3047 de 2008, 416 de 2009 y 4331 de 2012, o las normas que las modifiquen.

III. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE AUDITORÍA Y CONCILIACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS.

El resultado de la auditoría será comunicado por la SSC a la IPS, mediante correo electrónico y correo certificado.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por la SSC, dentro del mes (1) siguiente a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

La SSC, dentro de los dos (2) meses siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

En el evento de cumplirse el plazo sin recibirse respuesta de la IPS, se reiterará la solicitud de su respuesta por una única vez, dentro de un último plazo de 15 días, contados a partir de la fecha de emisión del oficio de reiteración. De no recibirse respuesta en este segundo y último plazo se informará sobre la gestión desarrollada a la Superintendencia Nacional de Salud.

IV. SOPORTE PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO

El resultado de la conciliación de los resultados auditoría, materializado en el ACTA DE CONCILIACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS, se constituye en el soporte para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud, sin cobertura en el plan de beneficios en salud, con cargo al Fondo Departamental de Salud.

V. SANEAMIENTO DE CARTERA Y SANEAMIENTO CONTABLE

La SSC desarrollará con la IPS, de manera permanente la depuración del estado de cartera incluyendo glosas, devoluciones y cuentas por pagar con el fin de adelantar el proceso de conciliación con los prestadores de servicios de salud. En concordancia con las instrucciones impartidas por la circular externa No 002 de 2017, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

CLAUDIA PATRICIA OROZCO PINEDA
Secretaria Departamental de Salud

Proyectó: German Zorro Barrera
Asesor Dirección de Seguridad Social y Garantía de la Calidad