

DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA AUDITAR EL ÁREA DE FACTURACIÓN,
MÉTODO MANUAL Y/O SISTEMATIZADO

AMANDA ISABEL CORAL CÓRDOBA
JAIRO ALBERTO OTERO AGAMEZ

UNIVERSIDAD DE CES MEDELLÍN

EXTENSIÓN APARTADO

APARTADO

2008

DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA AUDITAR EL ÁREA DE FACTURACIÓN,
MÉTODO MANUAL Y/O SISTEMATIZADO

AMANDA ISABEL CORAL CÓRDOBA
JAIRO ALBERTO OTERO AGAMEZ

Proyecto de Grado en el Área de Auditoría en Salud

Asesor:
JUAN DAVID CORREA HOYOS
Director Administrativo y Financiero del CES

UNIVERSIDAD DE CES MEDELLÍN

EXTENSIÓN APARTADO

APARTADO

2008

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestro hijo Alejandro, eje y motor de nuestras vidas. Por comprender que buscamos un mejor futuro para todos, por la espera paciente que ha tenido desde antes de nacer, por su paciencia al esperar la oportunidad que hoy tiene y hoy por nuestras llegadas después de largas horas de ausencia.

AGRADECIMIENTOS

A la universidad del CES por permitirnos crecer en el campo profesional en esta zona alejada de la urbe.

GLOSARIO

AJUSTE: la parte de su factura que el médico o la IPS ha acordado no cobrarle

APELACIÓN: proceso mediante el cual usted, su médico o su IPS pueden oponerse a su plan de salud cuando usted no está de acuerdo con la decisión del plan de salud de no pagar por su atención.

BENEFICIARIO: persona cubierta por el seguro de salud

COPAGO: cuota que paga el usuario de nivel II y III en el régimen subsidiado para ayudar a financiar el sistema

COSEGURO: la parte de costos compartidos de la factura

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: una manera de decidir cuál aseguradora es responsable por el pago si usted tiene más de un plan de seguro.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS: un sistema de codificación utilizado para describir los tratamientos o servicios proporcionados por su médico.

CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO: código que se utiliza para la facturación y que describe su enfermedad.

CAPITACIÓN: modalidad de contratación en la cual se pagan por anticipado al prestador un número determinado de servicios

CUOTA MODERADORA: valor que debe pagar el usuario por una atención, definido por su EPS

CUPS: código único de procedimientos en salud

DEDUCIBLE: cantidad que usted debe amortizar por los servicios médicos antes que su aseguradora empiece a pagar.

EAPB: entidades administradoras de planes de beneficios - Entidades aprobadas por el estado para administrar los planes permitidos en el SGSSS

ESE: empresas sociales del estado. IPS públicas que prestan servicios de diverso nivel y grado de complejidad

EPS: empresas promotoras de salud
EPS-S: empresas promotoras de salud subsidiada

FUNSOAT 1 y 2: formulario utilizado por IPSes para presentar reclamaciones de seguro por servicios médicos en caso de accidentes de tránsito y eventos catastróficos

FOSYGA: fondo de solidaridad y garantía

GARANTE: alguien que ha aceptado pagar la factura.

GLOSA: valor que el asegurador objeta por carencia de soportes, falta de pertinencia, diferente tarifa pactada, servicio no contratado, etc.

IPS: institución prestadora de servicios de salud

MAPIPOS: manual de intervenciones y procedimientos

NOTIFICACIÓN PRELIMINAR AL BENEFICIARIO (NPB): notificación que le da la IPS o el médico antes de atenderlo, donde se explica lo que el asegurador no ampara según plan de beneficios y pueda decidir si quiere o no someterse al tratamiento y cómo pagarlo.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: el número asignado por su médico o IPS que identifica su historia clínica individual

OBJECCIÓN: glosa.

PLAN DE BENEFICIOS: actividades procedimientos e intervenciones que cubre el asegurador POS , POS-S

PAQUETES INTEGRALES DE ATENCIÓN PIDAS: paquetes que contienen varios procedimientos en salud

PERÍODO DE BENEFICIOS: inicio y terminación de sus derechos con el asegurador.

PERÍODO DE CARENCIA: período mínimo que se debe cotizar al sistema para la cobertura total del plan de beneficios del asegurador

PROVEEDOR NO PARTICIPANTE: un médico, IPS u otro proveedor de atención en salud que no es parte de una red de médicos u IPS-S de un asegurador

RED DE SERVICIOS: IPS contratadas por el asegurador para garantizar la atención de salud.

REFERENCIA: traslado de un usuario hacia una institución diferente por superar la capacidad resolutive

RESPONSABLE DE PAGO: la(s) persona(s) responsable de pagar su factura se le denomina garante.

SECRETO PROFESIONAL: normas éticas para proteger la privacidad de su información de salud.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: cargos por servicios médicos denegados o excluidos por su seguro

SEGURO SECUNDARIO: Seguro adicional que puede pagar algunos cargos no cubiertos por su compañía de seguro principal. El pago depende de los beneficios de su seguro, su cobertura y su coordinación de beneficios

SOAT: seguro obligatorio de accidentes de tránsito

Urgencia: enfermedad o lesión inesperada que necesita atención médica inmediata, para evitar la muerte o complicaciones.

UPC: unidad de pago por capitación

UPS-S: unidad de pago por capitación subsidiada

VALOR LIQUIDADADO: valor liquidado al asegurador dependiendo del plan de beneficios y la modalidad de contrato.

VINCULADO: persona que no tiene seguridad social

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	8
1. MARCO LEGAL	14
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GENERAL.	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	17
4. ÁMBITO DE APLICACIÓN	18
5. MARCO TEÓRICO	19
5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	19
5.2 MAGNITUD Y TENDENCIAS.	24
6. METODOLOGÍA.	25
6.1 DEFINICIÓN DEL MÉTODO.	25
6.2 CONCEPTOS BÁSICOS CLAVES PARA FACTURACIÓN.	25
6.2.1 Definición Proceso de Facturación	25
6.2.2 Facturación como Proceso del Sistema Contable	25
6.2.3 Insumos y Productos del Proceso de Facturación	26
6.2.4 Tipos de Contratos	26
6.2.5 Tipos de Usuarios en el Sistema	27
6.2.6 Planes de Beneficios Facturables	28
6.2.7 Facturación	29
6.2.7 Área de Cartera en el Sistema de Facturación en Salud	31
6.2.8 Conciliación entre las Diferentes Áreas	32
6.2.9 Aplicaciones Informáticas para la Facturación	32
6.2.10 Niveles de los Sistemas de Información	32
6.2.11 La Auditoria de Sistemas para un Sistema de Facturación	33
6.3 APLICATIVOS Y MÓDULOS PARA UN SISTEMA DE FACTURACIÓN EN SALUD.	35
6.3.1 Módulos de Apoyo a Operaciones	35
6.4 DEFINICIÓN DE ESTÁNDARES A EVALUAR EN EL ÁREA DE FACTURACIÓN.	40
6.4.1 Estándar No. 1	40
6.4.2 Estándar No. 2	40

6.4.3 Estándar No. 3	40
6.4.4 Estándar No. 4	40
6.4.5 Estándar No. 5	40
6.4.6 Estándar No. 6	41
6.5 INSTRUCTIVO.	41
6.5.1 Tabla de trabajo	43
6.5.2 Proporción de Cumplimiento	44
6.5.3 Indicador de Normalidad o Cumplimiento y Plan de Acción	44
6.6 INSTRUMENTO PARA AUDITAR EL ÁREA DE FACTURACIÓN.	45
6.6.1 Estándar No. 1: Recurso Humano	45
6.6.2 Estándar No. 2: Infraestructura	50
6.6.3 Estándar No. 3: Dotación y Evaluación Computacional	53
6.6.4 Estándar No. 4: Procesos Procedimientos y Papeles de Trabajo	59
6.6.5 Estándar No. 5: Historia Clínica y Registros	63
6.6.6 Estándar No. 6: Riesgos en Facturación	67
7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	71
7.1 INCLUSIÓN.	71
7.2 EXCLUSIÓN.	71
8. FACTORES DE RIESGO	72
9. ASPECTOS ÉTICOS	75
10. BIBLIOGRAFÍA.	76

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Normas reglamentarias de la Ley 100 del 93	22
Cuadro 2. Funciones del Auditor	34
Cuadro 3. Tabla de trabajo	43
Cuadro 4. Requisitos del área de facturación según la complejidad de la institución.	46

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Requisitos de factura cambiaria de compraventa y factura de venta (Comparativo del Código de Comercio y el Estatuto Tributario)	31
Figura 2. Instructivo y criterios para la aplicación del instrumento de verificación y evaluación del área de facturación en salud.	42
Figura 3. Tabla de trabajo.	43
Figura 4. Proporción del cumplimiento.	44
Figura 5. Indicadores de normalidad o cumplimiento y plan de acción.	44
Figura 6. Instrumento para evaluar el estándar de recurso humano.	47
Figura 7. Estándar No. 1	49
Figura 8. Estándar No. 2	50
Figura 9. Estándar No. 3	53
Figura 10. Estándar No. 4	59
Figura 11. Estándar 5	63
Figura 12. Estándar 6.	68

INTRODUCCIÓN

La prestación de los servicios de salud cambió ostensiblemente con la puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por una parte los prestadores cambiaron su denominación convirtiéndose en INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD IPS- El estado a su vez, entregó la administración de los recursos a las EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, EPS, las cuales pasaron a administrar los sistemas contributivo y subsidiado.

La prestación de servicios de salud surte efecto luego de la firma de un CONTRATO DE PRESTACIÓN, en el cual se define la MODALIDAD de prestación, la FORMA de pago y los SOPORTES que la entidad prestante debe aportar para cobrar los servicios prestados.

Posteriormente se fueron reglamentando varios de los aspectos consignados en la Ley 100 de 1.993, Uno de estos fue el decreto 1876 de 1996, que permitió que las tradicionales entidades de salud del orden público se transformen en Empresas Sociales del Estado. La Empresa literalmente se define como “organización económica que, en las economías industriales, realiza la mayor parte de las actividades. Son organizaciones jerarquizadas, con relaciones jurídicas, y cuya dimensión depende de factores endógenos (capital) y exógenos (economías de escala)”. Esta transformación trajo consigo un cambio en el concepto y en el diseño de gestión de las entidades de Salud. Por un lado incorpora la obligatoriedad de venta de servicios y por otro lado la rentabilidad económica y Social inherentes que le permitan sostenerse en el mercado.

Adicionalmente la “revolución del léxico” que impuso la Ley 100, introdujo un nuevo vocabulario en el sector salud, uno de ellos CLAVE para las empresas fue CLIENTE, otro concomitante fue VENTA de un servicio, previo CONTRATO entre las partes. Surge así la necesidad de transformar las tradicionales CAJAS del modelo anterior en verdaderos centros de FACTURACIÓN, encargados de OBJETIVIZAR ese bien intangible que es el servicio y que puede en una entidad ser una arteria tan importante que sostenga o una vena rota que desangre la Institución, de allí que un buen sistema de facturación de servicios de salud, debe estar acompañado de un excelente proceso de auditoría.

Esta referida ley introduce otro concepto en salud, que sin ser nuevo en el área, lo va perfeccionando en el tiempo como lo es “CALIDAD”, entendida en salud como sistema obligatorio que la garantice y desde entonces las entidades han invertido

recursos para ir a la vanguardia de la norma.

Los sistemas de facturación de las entidades grandes y pequeñas han sufrido enormes cambios y transformaciones, poco a poco se han ido ajustando a las normas y a la tecnología. Se han tenido que romper mitos, cambiar la cultura de trabajo, introducir la tecnología y cambiar las sumadoras por equipos de cómputo con software cuya variedad en el mercado es amplia.

Pese al esfuerzo realizado por las Instituciones, no es desconocida la cantidad de recursos que se pierden por la facturación incorrecta de los servicios, por soportes incompletos, por canalización inadecuada de la factura, etc., lo que genera altos índices de glosa, producen desgaste administrativo, iliquidez y demás consecuencias.

Nuestro proyecto pretende diseñar un modelo de auditoría que permita a las instituciones disponer de un sistema de facturación efectivo, oportuno y quizá perfecto, ajustado a la norma, a la necesidad y requerimiento de la institución, teniendo en cuenta el talento humano y el desarrollo tecnológico.

1. MARCO LEGAL

La puesta en marcha del nuevo modelo de atención en salud en Colombia, con la nueva constitución del año 1991, se transforma el estado de derecho en un estado social de derecho. La legislación en salud ha permitido la libre competencia entre los diferentes actores del sistema; la ley 10 de 1990, quien distribuye y asigna recursos, es sin duda el punto de partida. Los municipios entran de alguna manera a definir y a establecer acciones que se encontraban centralizadas, las políticas locales permiten definir unas directrices acorde a cada región. La ley 60 de 1993, distribuye recursos y asigna competencias, y la Ley 100 de 1993, crea entonces el nuevo Sistema de salud, mejor llamado el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuatro grandes capítulos para la atención integral del ser humano, acorde al nuevo estado social de derecho dado por la constitución de 1991.

La libre competencia, la creación de nuevo modelo de salud, permite entonces que inicie la libre competencia del estado y los privados. Surgen o se transforman las empresas prestadoras de servicios de salud del régimen contributivo, EPS-C; las empresas prestadoras de servicios de salud del régimen subsidiado, EPS-S; las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS-s; las empresas sociales del estado ESE-s; las administradoras de riesgos profesionales, ARP-s; las entidades administradoras de planes de beneficios, EAPB. Se hace énfasis en el modelo de aseguramiento en salud y aparecen los planes de beneficios tales como los planes obligatorios de salud del régimen contributivo y subsidiado, POS; los planes de atención básica, PAB; los planes para enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito; y por último los planes para el desprovisto de cualquier protección, los vinculados.

Con los cambios se crean los manuales tarifarios, según el decreto 2423 de 1996; la resolución 5261 de 1994; el manual del Instituto de Los Seguros Sociales ISS, según acuerdo 312 de 2004. Se expide, el decreto ley 1295 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Se sanciona el decreto 1485 de 1994, por el cual se regula la organización y funcionamiento de las EPS y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

Además, la resolución 1995 de 1999 define las normas para el manejo de la historia clínica; el decreto 1813 de 1994 que crea el marco de cubrimiento de los servicios médico quirúrgicos en los riesgos catastróficos y en los accidentes de tránsito, de conformidad con las reglamentaciones expedidas por el Fondo de

Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud, FOSYGA. El decreto 412 de 1992 reglamenta parcialmente el servicio

Se expiden también el decreto 2174 de 1996 que define el sistema de garantía y calidad; el decreto 2357 de 1995, que reglamenta el régimen subsidiado en salud; el decreto 1283 de 1996 que reglamenta el FOSYGA y establece los procedimientos para la presentación de cuentas, como son el formulario único de reclamación adoptado por el Ministerio de Salud (FUSOAT 01) y el formulario para el trámite de la cuenta de cobro. (FUSOAT 02).

Aparece también, el decreto 723 de 1997, que por primera vez establece las pautas para agilizar el flujo de recursos puesto que ya se presentaban las primeras situaciones de estancamiento; el decreto 882 de 1998, que establece los márgenes de solvencia y da pautas para sancionar los retrasos en el flujo de recursos; el decreto 046 del 2000 que busca agilizar pagos y flujo de recursos así como establecer los topes para los gastos de administración y para la prestación de los servicios en relación con la Unidad de pago por capitación; la circular 035 de 2000 de la contaduría general de la nación en el cual se imparten instrucciones para el tratamiento administrativo y contable que deben tener los procesos de facturación, costos, donaciones y glosas en las IPS públicas; decreto 887 de 2001, por el cual se modifica el manual tarifario (decreto 2423 de 1996); la resolución.412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública; decreto 1281 de 2002, sobre lo pagos y la generación de los intereses moratorios; El decreto 050 de 2003 y decreto 3260 de 2004, por los cuales se optimizan el flujo de los dineros del régimen subsidiado; decreto 1011 de 2006 y resolución 1043 de 2006 los cuales complementan el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud; y por último la Ley 1122 de 2007 que reforma en varios aspectos la ley 100 de 1993.

Lo anterior complementado con todas las disposiciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, Para un adecuado desempeño de facturación, se debe contar en primera instancia con un talento humano capacitado, disponer de una infraestructura física adecuada, un buen soporte tecnológico y logístico, dotación suficiente, procesos y procedimientos definidos, tener identificados los eventos adversos y controlar los riesgos que se presenten en el ejercicio del proceso, visualizar como facturación tiene que ver con todas las dependencias por ser un proceso transversal, es decir, como opera en su interdependencia y finalmente debe haber recurso financiero asignado y estimado dentro del presupuesto institucional. que han regulado la actividad de la prestación de servicios de salud. Estableciendo entonces la facturación como todo un Sistema, al igual que auditoria a la facturación.

2. JUSTIFICACIÓN

La importancia del área de facturación como encargada de la recuperación de los recursos empleados en cualquier tipo de empresa y en especial en las prestadoras de servicios de salud colombianas, amerita un estudio de evaluación, a través de la aplicación de un instrumento de auditoría , como es el que proponemos..

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Desarrollar un instrumento para evaluar el área de facturación en una IPS que incluya las condiciones mínimas que deben tener las Instituciones para garantizar, en lo posible, la facturación del ciento por ciento del total de las actividades, procedimientos e intervenciones realizadas de acuerdo con un manual de procedimientos y tarifas fijadas en los contratos que ejecuta la institución. Además generar información que facilite la toma de decisiones en el nivel gerencial, administrativo y operativo de la empresa.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a.** Desarrollar un instrumento que al ser aplicado permita hacer un diagnóstico del área de facturación de una IPS y este diagnóstico sirva de herramienta para proponer planes de mejoramiento continuo.
- b.** Evaluar a través del instrumento cada uno de los componentes que hacen parte del proceso de facturación
- c.** Servir de herramienta para identificar y controlar los riesgos asociados a facturación
- d.** Identificar los riesgos en facturación asociados al incumplimiento de las condiciones mínimas

4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente instrumento puede ser aplicado a las IPS pertenecientes al sector público y privado colombiano que así lo consideren

5. MARCO TEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La venta y compra de servicios histórica por demás, en su proceso evolutivo ha tenido que caracterizar un proceso que le permita de alguna forma evaluar el resultado del negocio y convertirse en un insumo de verificación para construcción de indicadores, rendición de cuentas y en definitiva soporte para decisiones fundamentales que se deben tomar en las empresas

Desde el punto de vista fiscal el proceso de facturación tiene doble connotación, en el entendido que quien adquiera un bien y/o servicio en el territorio nacional está obligado a exigir factura o documento equivalente (art. 618 E. T.) y, toda persona que venda un bien y/o preste un servicio está obligado a expedirla independiente que los bienes o servicios se encuentren gravados o de su calidad de contribuyentes o no contribuyentes de los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (art. 615 ibídem), salvo que por disposición expresa sea exonerado de ello, como en efecto dispone el artículo 616-2 del Estatuto Tributario y disposiciones concordantes.

Colombia al igual que todos los países latinoamericanos, ha sido influenciada por las tendencias mundiales, optando por un servicio de salud más universal y equitativo. El sistema de salud en Colombia empezó a organizarse en la década de los 70, como resultado de complejas negociaciones entre actores sociopolíticos, dejando desprotegida a gran parte de la sociedad Colombiana en el acceso a la atención médica.

En los años 60, existían 5 formas diferentes de atención: a) para los ricos pudientes, ofrecidos por médicos particulares, clínicas y a veces amparados por un seguro privado; b) Seguro obligatorio que atendía a trabajadores formales y asalariados; c) atención a los pobres mediante estrategias basadas en la caridad denominada “asistencia pública” o beneficencia; d) atención en casos de epidemias, liderada por el estado bajo el nombre de salud pública y e) prácticas médicas populares no científicas, ubicadas en áreas marginales.

Paralelamente en este año se inicia la ruta de planificación para el desarrollo socioeconómico del estado, plasmado en los pactos internacionales de alianza para el progreso, y en este modelo, la salud debe ser un servicio público administrado y prestado directamente por el estado (OPS-OMS, 1966). Este

propósito no se cumple hasta 1986, debido al pacto político en Colombia de los 2 partidos tradicionales, que condujeron al fortalecimiento de un estado excluyente, clientelista y patrimonialista.

En 1963 se intentó a través de la Ley 12, desarrollar un sistema único, cuyo propósito era ampliar la asistencia pública, sin embargo los trabajadores sindicalizados y empleados públicos defendieron los servicios de salud por los cuales cotizaban que eran mejores que los ofrecidos en asistencia pública.

Los grandes empresarios desconfiaban de la administración pública y las juntas de beneficencia cada vez más recibían recursos del estado y no querían renunciar a ellos, para ese entonces la iglesia y las juntas de beneficencia habían acumulado mucho poder. Los médicos se dividieron entre los que defendían la vinculación con entidades de seguro social y asistencia pública y los que promovían el ejercicio privado de la profesión.

En 1972, se presentó la propuesta ante el congreso de conformación de servicio único de salud, el cual se tachó de comunista, asimilándolo al modelo Chileno liderado por Salvador Allende, se opta entonces por crear un Sistema Nacional de Salud, liderado por el Ministerio de Salud en el que se tengan 3 subsectores: El de la seguridad social, el oficial y el privado, reglamentado por el Decreto Ley 056 de 1974.

Este SNS generó gran inconformidad la cual se profundiza en la década de los 80 en donde se empieza a hablar de globalización, tercerización, con la expansión de las economías capitalistas y aparecen las empresas de medicina prepagada, articuladas con la expansión de la banca internacional. Paralelamente a ello aparecen movimientos cívicos de reivindicación, protestas urbanas, movimientos étnicos fuertes, desmovilización de grupos guerrilleros como el M-19, que presionan para que la fuerza política impulse la Asamblea Nacional Constituyente que culmina en la nueva Constitución Política. En este escenario confluyen todas las tendencias que van entre el neoliberalismo extremo hasta una socialdemocracia amplia, que terminan por formular el nuevo SGSS que pretendía disminuir la prestación directa de los servicios de salud por el estado, incluir otros actores del mercado tanto para prestar servicios como para asegurar y jugar un papel de control de este nuevo modelo.

Este nuevo sistema de salud separó la prestación de los servicios en servicios individuales en mano del libre mercado (Régimen subsidiado, régimen contributivo, medicina prepagada, ATEP, SOAT, vinculados) y los colectivos a cargo del estado (plan de atención básica PAB, convertido ahora en plan nacional de salud pública). En los servicios individuales juega un papel importante el aseguramiento, un plan de beneficios, (POS, POS-S), unos recursos definidos, (UPC, UPC-S), fomentando la libre competencia. Se pone en marcha entonces 2 regímenes: Subsidiado y Contributivo. Aparecen actores denominados EPS y

ARS (hoy transformadas en EPS-S), quienes celebran contratos con IPS para garantizar los servicios de salud a su población afiliada o beneficiaria. Igualmente aparecen otros planes de beneficios denominados complementarios y atenciones en casos de eventos catastróficos y accidentes de tránsito garantizados a través de unos recursos que se apropian en la cuenta del fondo de solidaridad y garantía FOSYGA

Dada la separación de las funciones de "administración del aseguramiento", a cargo de las EPS, de la "prestación de servicios", en manos de las IPS, las instituciones públicas y privadas confluyen en un ambiente de competencia y los usuarios pueden elegir, tanto su EPS como su IPS. Inicialmente se conservaron las instituciones más grandes que administraban los seguros obligatorios como EPS públicas (el Seguro Social, la Caja Nacional de Previsión, entre otras), y se inició un proceso de autonomía en los centros y hospitales de la red pública de servicios, con la denominación de empresas sociales del Estado (ESE). Estos hospitales deben competir por los usuarios y establecer contratos con los administradores del aseguramiento. En general, el pago de las IPS por parte de las EPS se hace por facturación de servicios realizados, y las tarifas son definidas libremente por los aseguradores, con base en el comportamiento de la oferta y de la demanda.

El cambio de subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, obliga a las IPS a celebrar contratos de prestación de servicios de acuerdo a un portafolio y a unas tarifas definidas.

La ley 100 de 1993 en sus artículos 168 establece que el gobierno nacional reglamentará las tarifas y procedimientos para cobro y pago de la atención de usuarios en urgencias, así mismo, en el Artículo 241 de la mencionada Ley, establece que se unificará un régimen de tarifas que aplicarán las IPS públicas en la venta de sus servicios.

El Artículo 172 de la Ley 100 de 1993 en su numeral 10, define que le corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, recomendar el régimen y criterios que debe adoptar el gobierno nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados por las IPS en casos de riesgo catastrófico, atención inicial de urgencias y accidentes de tránsito

En el año 1994 se expide la Resolución 5261 denominada manual único de procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud, mejor conocida como MAPIPOS, la cual codifica todos los eventos objeto de ser facturables en una Institución de Salud y permite que todas Los prestadores hablen un lenguaje común en materia de procedimientos.

En el año de 1996 se expide el Decreto 2423, Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y

hospitalarios del Manual Tarifario, herramienta indispensable en toda IPS pública o privada que preste y facture servicios de Salud. Se dispone también del Manual ISS (Acuerdo 312 de 2004), que homologa códigos de la Resolución 5261 de 1994.

El cobro por estos servicios se hace a través de la presentación por parte de la IPS de una factura individual de atención que debe ser presentada en unos períodos históricamente regulados por múltiples normas todas reglamentarias de la Ley 100 del 93 tales como:

Cuadro 1. Normas reglamentarias de la Ley 100 del 93

NORMA	ASPECTOS RELEVANTES
Decreto 723 de 1997	<ul style="list-style-type: none"> *Ciclo 10-20-10-20 *Pago del 60% monto objetado *Respuesta a objeciones: 20 días prestador *Pérdida del derecho al pago del 60% (3 x 3) *Pago anticipado a contratos aseguramiento *Contratación 40% con Red Pública *No cumplimiento plazos no libra de responsabilidad del pago
Decreto 882 de 1998	<ul style="list-style-type: none"> *Determina margen de solvencia *Sanciones por cartera a 30 días *Sanciones por cartera a 60 días *Incumplimiento de pago de Entes Territoriales a Administradoras
Decreto 046 de 2000	<ul style="list-style-type: none"> *Cartera mayor a 45 días: 13% gastos administrativos y 87% pago a prestadores. *Operaciones con entidades subordinadas. *Plazo no mayor a 30 días para pago de A.R.S a I.P.S. *Ciclo 20-20-20-30 *Práctica no autorizada: devolver sin pagar lo no glosado. *Radicación no aceptación. *Giros de fondos directo a Red Prestadora *Plazo de 45 días a prestadores para pago a proveedores *Revisión íntegra de la cuenta para poder glosar. *Provisión sobre 100% de autorizaciones. *Saldos no glosados se pagan aclarados.

Circular 035 de 2000	<ul style="list-style-type: none"> *La IPS garantiza su supervivencia a través de la producción y venta de servicios *La IPS debe hacer un registro sistemático de los procedimientos realizados y servicios prestados, liquidándolos a tarifas pactadas
Decreto 1281 de 2002	<ul style="list-style-type: none"> * Derecho de pronto pago *Intereses moratorios según DIAN *No condicionamiento de pagos. *Pago de lo no glosado *Glosas infundadas *Plazo 6 meses para facturación servicios *Inaplicabilidad cobro por vía administrativa *Reclamaciones Administrador Fiduciario: *Directas : montos $\frac{1}{4}$ de SMMLV Consolidadas : montos $\frac{1}{4}$ de SMMLV
Decreto 050 de 2003	<ul style="list-style-type: none"> *Campo de aplicación: Régimen Subsidiado. *Pago intereses por mora repetición sobre el funcionario. *Plazo 20 días para recepción de facturas *Resolución de glosas: 2 meses *Plazo 30 días revisar la factura y pagar no glosado *Incumplimiento plazo facturación DUPLICA plazo de pago *Pago Capitalización: 10 días del mes correspondiente *Plazos para Saneamiento de cartera
Decreto 3260 de 2004	<ul style="list-style-type: none"> *Giro de recursos FOSYGA. Giro directo. *Giro excepcional de la UPC-S y Giro directo a las IPS. *Ciclo: 20-30-30 *Silencio: 50%(5) x 50%(40) prom.50% *Capitalización: 10 primeros días hábiles mes.
Decreto 4747 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> *Mecanismos de pago a las IPS *Requisitos para contratación - asegurador y prestador *Pondrá en marcha los códigos CUPS (código único de procedimientos en salud) reemplazarán a los códigos SOAT *Define soportes de facturas *Define manual único de glosas *Define procedimiento y tiempos para trámite de glosas *Reconocimiento de intereses ante una glosa no fundamentada *Define responsable de recaudo de copagos y cuotas moderadoras *Establece obligatoriedad de liquidación de acuerdo de

El conocimiento por parte de la IPS de toda esta evolución normativa es indispensable para que se ajuste todo el proceso en procura de dar cumplimiento a los términos de presentación de facturas al asegurador, términos en los que se esperan objeciones y plazos para resolverlas.

Teniendo en cuenta lo anterior y por norma legal, toda IPS pública debe facturar todos los procedimientos que realiza y los servicios que presta a los usuarios y para ello se hace necesario organizar y estructurar dependencias de facturación adecuadas que permitan registrarlos y liquidarlos para generar un documento soporte para el cobro y recaudo posterior

Esta obligación formal tiene como propósito facilitar a la Administración Tributaria el control de los ingresos, costos, deducciones, impuestos descontables y otros rubros indispensables en la determinación de los impuestos a cargo de los contribuyentes.

Es indispensable conocer que para quien está obligado a facturar no significa necesariamente que todos los conceptos facturados, correspondan a ingresos gravables. De igual forma, que no todo valor facturado es deducible o descontable para el comprador o adquirente del bien y/o servicio.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y acorde con el nuevo modelo de prestación de servicios que cambia el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, las Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, como cualquier empresa productora de bienes o servicios, debe garantizar su subsistencia mediante la producción y venta de servicios asistenciales.

Dadas las características del SGSSS, la IPS debe realizar un registro sistemático e individual de todos los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario, liquidarlos a las tarifas establecidas y realizar el cobro a cada asegurador o pagador.

5.2 MAGNITUD Y TENDENCIAS.

Los procesos de facturación manuales están relegados prácticamente a las tiendas de barrio; todo negocio por pequeño que sea en la actualidad está sistematizado. Salud no difiere de las demás empresas, debido a la gran variedad de servicios que se prestan, los diferentes planes de beneficios que existen y la diversidad de formas de contratación harían totalmente inoperante un sistema manual, es por esto que en todas las IPS por pequeñas que parezcan se debe contar con un sistema apropiado para facturar.

6. METODOLOGÍA.

6.1 DEFINICIÓN DEL MÉTODO.

El proyecto se desarrollará así:

1. Definición de conceptos básicos claves para facturación
2. Definición de estándares a evaluar en el área de facturación aplicable desde a un consultorio médico hasta una ESE de IV nivel de complejidad, independiente de la tecnología que maneje.
3. Elaboración de un instrumento para evaluar el área de facturación
4. Instructivo para la aplicación

6.2 CONCEPTO BÁSICOS CLAVES PARA FACTURACIÓN.

6.2.1 Definición Proceso de Facturación: El proceso de facturación se define como el conjunto de actividades que permiten liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud producto de la atención al usuario. Las IPS, como cualquier otra empresa productora de bienes o servicios, debe garantizar su subsistencia mediante la venta de servicios asistenciales. Dadas las características del SGSSS, la IPS debe realizar un registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario, liquidarlos a las tarifas establecidas o pactadas y realizar el cobro a las instancias pertinentes.

6.2.2 Facturación como Proceso del Sistema Contable: El área de Facturación esta relacionada con el proceso de admisiones; su objetivo básico es realizar el seguimiento al paciente desde su ingreso a la institución hasta el egreso, al tiempo que realiza un registro de cada uno de los servicios prestados durante la estancia del paciente, para finalmente producir un documento equivalente de cobro o factura de venta de servicios. Esta área debe enviar hacia contabilidad, como mínimo, los siguientes documentos con sus respectivos atributos:

Factura o documento de cobro equivalente de venta por prestación de servicios

- Nota Débito Cliente
- Nota Crédito Cliente

6.2.3 Insumos y Productos del Proceso de Facturación:

Entradas:

- a. Un contrato o convenio y un manual de tarifas, Varios contratos pueden utilizar un mismo manual de tarifas. (Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito, SOAT, ISS).
- b. Soportes o documentos que deben llegar del área de admisiones del hospital o IPS, donde indiquen los ingresos (hoja de admisión) de los pacientes, los traslados de camas y pabellones, los egresos (salidas) de los mismos.
- c. Otros soportes o documentos de apoyo que envían los distintos servicios médicos del hospital en que informan los procedimientos, exámenes y suministros que fueron realizados o aplicados a un paciente. (Registro individual de Prestación de Servicios – RIPS)

Salidas:

- a. La principal salida de un área de facturación es la factura individual por paciente por concepto de servicios prestados al mismo. Esta debe cumplir estrictamente los requisitos legales y contractuales en cuanto a presentación, soportes, fechas, liquidación y formatos, entre otros.
- b. También una IPS requiere internamente información que se genera en facturación y que debe ser distribuida bajo unos requisitos precisos. Esta información está compuesta de reportes a la gerencia, a las áreas administrativas y a las áreas médicas.

6.2.4 Tipos de Contratos:

- **Contratos de capitación:** Contrato celebrado entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades administradoras de los recursos del sistema, el cual consiste en que por una suma fija predeterminada que paga la administradora, el prestador se obliga a efectuar a su cargo los servicios, independientemente de su frecuencia o demanda. Estos contratos

- pueden pactarse con pago vencido o anticipado. Con la característica de que el prestador asume el riesgo, pero el asegurador continúa con la responsabilidad
- **Contratos por Evento:** Contrato celebrado entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades administradoras de los recursos del sistema, el cual consiste en que la IPS factura los servicios prestados a los usuarios, de acuerdo con los términos contractuales y la administradora asume el pago de dicha prestación. Estos contratos pueden pactarse con pago vencido o anticipado. En esta modalidad del contrato el asegurador asume el riesgo y la responsabilidad.

 - **Contratos Mixtos:** Contrato celebrado entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades administradoras de los recursos del sistema, el cual consiste en una combinación de los dos anteriores. Se pueden establecer otras modalidades de contratos tales como los conjuntos de atención integral, por número de estancias a demanda, por guías integrales de atención, pagos integrales por diagnósticos de atención en salud, PIDAS, o por algún otro método que se establezca y que las partes acuerden.

6.2.5 Tipos de Usuarios en el Sistema:

- Usuarios que realizan pagos en las IPS

- Los vinculados que pagan las cuotas de recuperación definidas de acuerdo con el proceso de estratificación y negociación, determinados al interior de cada institución.

- Los particulares que pagan la totalidad de los servicios recibidos

- Los afiliados al régimen contributivo que cancelan las cuotas moderadoras y copagos, cuando en el contrato celebrado entre IPS y EPS se define su recaudo por parte de la IPS.

- Los afiliados al régimen subsidiado que cancelan los copagos de acuerdo al nivel de pobreza en el cual está clasificado el usuario en las ARS, cuando en el contrato celebrado con la IPS.

- Usuarios que no realizan pagos en la IPS por la atención en Salud

- Población víctima de accidentes de tránsito

- Población víctima de eventos catastróficos y terroristas

- Población que recibe los servicios del PAB

- Población usuaria de servicios de atención inicial de urgencias
- Población de mujeres en embarazo, de niños menores de un año, indígena e indigente, cualquiera que fuese su tipo de vinculación al sistema de seguridad social en salud. De acuerdo con lo anterior y por norma legal, toda IPS pública debe facturar y liquidar los servicios de salud prestados a todos los usuarios y generar un documento soporte para el cobro y recaudo posterior

6.2.6 Planes de Beneficios Facturables:

- Plan obligatorio de salud POS para la atención de los afiliados al régimen contributivo.
- Plan complementario que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el POS.
- Plan subsidiado de salud POS-S con las EPS-S.
- Servicios de Salud - IPS privadas, en desarrollo de contratos con IPS de naturaleza privada.
- Empresas de medicina prepagada - EMP para la prestación de servicios de salud. La medicina prepagada es el sistema organizado y establecido por entidades autorizadas, para la atención médica, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.
- Servicio de salud - Compañías aseguradoras, el derecho que tiene la IPS de cobrarle a las compañías aseguradoras, en cumplimiento de pólizas tales como: póliza de vida, póliza blanca estudiantil
- Servicios de salud – Particulares, servicio de salud, a los particulares que así lo soliciten.
- Servicios de salud – IPS públicas, prestación de servicios a pacientes remitidos por otra IPS pública, en cumplimiento de contratos o convenios.
- Servicios de salud - Entidades con régimen especial, correspondiente a la prestación de servicios a pacientes vinculados con entidades especiales, tales como: Fuerzas militares, Policía nacional, Ejército, ECOPETROL e INPEC.
- Atención con cargo al subsidio a la oferta (vinculados), en cumplimiento de contratos o convenios, el valor correspondiente a la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable que no tiene capacidad de pago, afiliados en

período de carencia y a quienes demandan servicios no incluidos en el POS subsidiado.

- Riesgos profesionales - ARP el valor correspondiente a la prestación asistencial brindada a los asegurados, por accidentes de trabajo o enfermedad profesional.
- Cuota de recuperación, cobro al vinculado de acuerdo con su estratificación, a los afiliados en períodos de carencia y a quienes demandan servicios no incluidos en el POS subsidiado.
- Atención accidentes de tránsito SOAT – Compañías de seguros, servicios prestados como consecuencia de accidentes de tránsito, de acuerdo con lo establecido en las disposiciones legales.
- Reclamaciones FOSYGA – ECAT, cobros con cargo a los recursos del FOSYGA, el valor correspondiente a la atención en salud de las personas víctimas de eventos catastróficos tales como: desastres naturales, tecnológicos, actos terroristas y otros eventos considerados y aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.- CRES Así mismo, incluye el valor de los servicios prestados como consecuencia de accidentes de tránsito, cuando éstos superan los quinientos salarios mínimos legales diarios vigentes cubiertos por la póliza del SOAT, El monto máximo por servicios medico quirúrgicos es 800 SDMLV. La acreditación de condición de víctima de un evento catastrófico, requiere los siguientes procedimientos: · Diligenciar el formulario único de reclamación para eventos catastróficos expedido por el Ministerio de Salud - Formato FOSGA -01 · Diligenciar la cuenta de cobro - Formato FOSGA -02. · Certificación en la cual conste que el paciente está incluido en el censo de víctimas elaborado por las autoridades competentes, sin que sobrepase en 800 salarios mínimos legales diarios vigentes adicionales.
- Convenios FOSYGA – Trauma mayor y desplazados, con cargo a los recursos del FOSYGA, el valor de los servicios por atención de víctimas de trauma mayor ocasionados por la violencia, de la población afiliada al régimen subsidiado, en los eventos no cubiertos por el POS-S y, de los vinculados sin capacidad de pago. Igualmente incluye, el valor correspondiente a la atención médica y quirúrgica de las personas desplazadas por causas de la violencia política, considerado por el CNSSS como un evento catastrófico.
- Ministerio de Salud – Recursos del IVA Social a pacientes que pertenecen al programa de IVA Social, de acuerdo con metodología establecida por el Ministerio de Salud.

6.2.7 Facturación: El área de Facturación esta relacionada con el proceso de admisiones; su objetivo básico es realizar el seguimiento al paciente desde su ingreso a la institución hasta el egreso de la misma, al mismo tiempo realizar un registro sistemático de cada uno de los servicios prestados durante la estancia del paciente, para finalmente producir un documento equivalente de cobro o factura de venta de servicios. Esta área debe enviar hacia contabilidad, como mínimo, los siguientes documentos con sus respectivos atributos: factura o documento equivalente de venta por prestación de servicios, nota débito ó nota crédito si hubiere a lugar .

“Desde el punto de vista fiscal el proceso de facturación tiene doble connotación, en el entendido que quien adquiera un bien y/o servicio en el territorio nacional está obligado a exigir factura o documento equivalente (art. 618 E.T.) y, toda persona que venda un bien y/o preste un servicio está obligado a expedirla independiente que los bienes o servicios se encuentren gravados o de su calidad de contribuyentes o no contribuyentes de los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (art. 615 ibídem), salvo que por disposición expresa sea exonerado de ello, como en efecto dispone el artículo 616-2 del Estatuto Tributario y disposiciones concordantes.

Tales obligaciones formales tienen como propósito facilitar a la Administración Tributaria el control de los ingresos, costos, deducciones, impuestos descontables y otros rubros indispensables en la determinación de los impuestos a cargo de los contribuyentes.

Para quien está obligado a facturar no significa necesariamente que todos los conceptos facturados, correspondan a ingresos gravables. De igual forma, que no todo valor facturado es deducible o descontable para el comprador o adquirente del bien y/o servicio.

Cuando una persona o entidad presta servicios que involucran valores que deben ser girados a terceros, es evidente que estos no pueden tomarse como ingresos propios, pero esta no es razón suficiente para que tales valores deban excluirse de la factura expedida al cliente, puesto que para el dicho documento se constituye en prueba de lo efectivamente pagado y le es indiferente la distribución que el prestador del servicio haga del valor cobrado.

El hecho de que las cuotas moderadoras y copagos no tengan origen contractual sino legal, no es una razón válida para considerar que no deben incluirse en la factura. Téngase en cuenta que la obligación de facturar es legal, independiente del origen de la relación que origina el pago por los servicios prestados en este caso, acorde con lo dispuesto por el artículo 615 ibídem.

Por otra parte, las IPS, al actuar como entidades recaudadoras de las cuotas

moderadoras y copagos en virtud de convenios con las EPS, es decir, que obran por cuenta de un tercero, deben tener presente el artículo 3° del Decreto 1514 de 1998, que trata de la facturación en los contratos de mandato en los siguientes términos:

En los contratos de mandato, las facturas deberán ser expedidas en todos los casos por el mandatario.

El mandatario deberá conservar por el término señalado en el Estatuto Tributario, las facturas y demás documentos comerciales que soporten las operaciones que realizó por orden del mandante.../”.

Por lo aquí señalado se establece que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), deben expedir factura por las cuotas moderadoras y copagos que recauden a nombre de las entidades promotoras de salud (EPS), al igual que deben hacerlo estas últimas cuando recauden directamente los pagos por tales conceptos, independiente de la modalidad de contratos, capitación eventos y mixtos.

Figura 1. Requisitos de factura cambiaria de compraventa y factura de venta (Comparativo del Código de Comercio y el Estatuto Tributario)

Generales	Factura cambiaria	Factura de Venta
Art. 621 Código de Comercio	Art. 774 Código de Comercio	Art. 617 Estatuto Tributario
Mención del derecho incorporado en el título.	Debe decir factura cambiaria de compraventa.	Estar denominada como factura de venta.
Contener la firma de quien lo crea.		Apellidos y nombre o razón social y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.
Lugar y fecha de pago del título.	Nombre y domicilio del comprador.	Apellidos y nombre o razón social y NIT del que adquiere los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.
	Número de orden del título.	Llevar un número consecutivo.
	Denominación y características que identifican lo vendido y la constancia de su entrega real y material.	Fecha de expedición.
	Precio unitario y valor total de la operación.	Descripción de los artículos vendidos o servicios prestados.
		Valor de la operación.
	La expresión en letras y sitios visibles de que se asimila en sus efectos a una letra de cambio.	Datos del impresor de la factura
		Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.

6.2.7 Área de Cartera en el Sistema de Facturación en Salud: A esta área le corresponde propender por que los recursos facturados ingresen a la institución, a través de tres procesos fundamentales, la consolidación y envío de cuentas de la gestión de cobro y el ingreso de los recursos de venta de servicios. De igual forma la unidad de cartera debe llevar un control de la ejecución de los contratos y

de los estados de cartera. El proceso de gestión de cartera se convierte en un componente fundamental del proceso administrativo de la institución, ya que es quien propende y garantiza la liquidez de la empresa. La articulación de cartera con facturación es de vital importancia, ya que a esta área llega el valor facturado por asegurador o pagador, y se operativiza el cobro. Facturación lleva el control de cuanto facturó por asegurador y cartera realimentará el proceso de facturación llevando un registro detallado de cuanto recaudó del total facturado

6.2.8 Conciliación entre las Diferentes Aéreas: El valor facturado debe coincidir con el valor que apropie cartera para generar cobro, con ello se evita la pérdida de eventos facturables. Como cada área de una institución tiene un responsable en facturación, éste lleva el control del valor facturado, el cual debe coincidir con el que cartera apropie para el pago Tanto facturadores, como consolidadores y cartera, dependencias que hacen parte del proceso de facturación, deben realizar al finalizar el mes, conciliación contable con el fin de verificar que lo efectivamente facturado por los facturadores y revisado por los consolidadores coincida con el valor que apropie cartera para generar el cobro.

6.2.9 Aplicaciones Informáticas para la Facturación: Los sistemas aparecen en las empresas como un solución a problemas específicos de tipo operacional permitiendo el tratamiento repetitivo de grandes masas de datos, su uso cada vez aumenta gracias a la disminución de los costos, no obstante paralelamente se produce un aumento de los costos de personal.

Dentro de una empresa, un departamento de sistemas se compone básicamente de dos componentes; uno de desarrollo y otro de explotación de estos sistemas. El desarrollo hace referencia a la planeación, viabilidad, diseño y realización de software de acuerdo a las necesidades de la institución, la actualidad normativa y de la operación y la explotación hace referencia a la al manejo del aplicativo y la ejecución de los trabajos relacionados con el área por parte de los funcionarios

Para monitorear el grado de desarrollo del aplicativo informático y definir su nivel de explotación, se hace necesario la intervención de un profesional o técnico en sistemas a quien en este documento le estamos llamando auditor computacional.

6.2.10 Niveles de los Sistemas de Información: Nivel gerencial, llamado nivel estratégico, con información mas elaboradas, con pequeños volúmenes de información, pocos datos pero muy elaborados.

- a. Nivel Ejecutivo, Llamado táctico, traduce en tácticas los objetivos, políticas, misiones que le han sido fijadas a nivel gerencial, empleando información elaborada, interesándole mas que el saldo de una cuenta, le interesa el saldo medio de la cuenta de un colectivo determinado
- b. Nivel Operacional, ejecuta las ordenes que le han entregado el nivel ejecutivo, manejando información elemental, no integrada, como puede ser el saldo de una cuenta. Se caracteriza por manejar un elevado volumen de información , realizando la parte del proceso mas simple, rutinarios, previsibles, cuenta con extensos archivos, y su ejecución en las actualizaciones en un tiempo rápido

El sistema de información en general eficiente es aquel que le proporciona información a los niveles gerencial, ejecutivo y operacional.

6.2.11 La Auditoria de Sistemas para un Sistema de Facturación: Definición. La norma AFNOR¹ X50-109, (Asociación Francesa de Normalización) define la auditoria como el examen metódico de una situación relativa un producto, proceso u organización en materia de calidad realizada en la cooperación de los interesados a fin de verificar la concordancia de la realización de lo preestablecido y la adecuación del objetivo buscado”

Funciones de la auditoria para un sistema de facturación en salud: Teniendo en cuenta el perfil para la persona que intervendría en este proceso, se pueden establecer tres funciones para el auditor:

- a. Participar en las revisiones durante y después del diseño del sistema, así como en la fase de realización de cambios importantes.
- b. Realizar y juzgar los controles implementados en el sistema, para verificar sus adecuaciones, a los objetivos, directrices, normas y requisitos legales, así la protección a la confidencialidad y cobertura ante errores y fraudes.
- c. Revisar el nivel de eficacia utilidad, fiabilidad y seguridad de los equipos e información.

A continuación se presenta un listado de las funciones realizadas y a tener en cuenta los auditores frente a las soluciones, en relación con el porcentaje de importancia dedicación y esfuerzos que se agrupo en 11 temas afines así:

Cuadro 2. Funciones del Auditor

FUNCIONES DEL AUDITOR		
Listado de las principales funciones de los auditores según EDP Auditores Fundación en 1960, con dedicación a cada una de ellas, se establecen un listado de 77 tareas, que se resumen en 11 conjuntos que se muestran.		
No	TAREAS	%
1	Revisión en los controles en los sistemas de aplicación (verifica que el sistema proporciona información oportuna, exacta, necesaria y suficiente)	9%
2	Revisión de medidas de seguridad (revisar métodos, procedimientos y medidas para asegurar la adecuada protección de la información, software, equipos e instalaciones)	14%
3	Revisión de la integridad de la información (Verificar que la información sea completa, coherente y correcta).	13%
4	Revisión de los procedimientos de operación (Verificar que las aplicaciones se procesen en forma y entorno adecuado y controlado)	12%
5	Revisión del desarrollo del sistema (verificar la existencia, adecuación e integridad de planes y controles)	9%
6	Gestión y planificación de la auditoria de sistemas (planificar, organizar y controlar la función de la auditoria computacional)	9%
7	Revisión de los procesos de mantenimiento del Software (Revisar normas y procedimientos para realizar modificaciones al software)	6%
8	Revisión del proceso de desarrollo de sistemas (verificar que se cumpla una metodología adecuada para el desarrollo)	5%
9	Revisión del software básico (revisar controles sobre el mismo, existencia y cumplimiento de normas sobre el mismo)	5%
10	Revisión de planes y gestión (Revisar planes, políticas, reglas de gestión, procedimientos administrativos del departamento, para verificarla adecuación a los fines de la empresa)	5%
11	Revisión de contratos (verificar que la compra o alquiler de hardware y software o servicios se hacen en forma legal, económica y provechosa para la empresa)	3%
12	Otras Revisiones	10%

6.3 APLICATIVOS Y MÓDULOS PARA UN SISTEMA DE FACTURACIÓN EN SALUD.

En el mercado existen y se comercializan un sin numero de programas o aplicativos para la gestión de la facturación. No obstante muchas instituciones han optado por desarrollos in house (propios) o desarrollos a la medida. Los aplicativos para la gestión de la información hospitalaria y en general de un sistema en salud contienen una variada gama de subproductos, denominados módulos, los cuales se pueden establecer algunos, pero se expone un modelo (Tomado del Software NEURON) comercial a continuación:

6.3.1 Módulos de Apoyo a Operaciones:

- a. Control de Documentos
- b. Recetario Médico
- c. Programación de Citas
- d. Programación de Cirugías
- e. Generador de Reportes de Laboratorio
- f. Generador de Reportes de Rayos X
- g. Generador de Reportes de Tomografía
- h. Registro de Donantes
- i. Autorización de Pacientes
- j. Generador de RIPS
- k. Historias Clínicas Odontológica odontograma
- l. Historias Clínica Para Curaciones
- m. Historias Clínicas Médica nivel I
- n. Guías de Manejo
- o. Bitácora Atención En "Call Center"
- p. Registro de Base de Datos de Pacientes Capitados

a. Control de Documentos: Es un Módulo habilitado con código de barras para control de documentos en los que se considera las Historias Clínicas, lleva un registro pormenorizado de los recorridos del documento, responsable y lugar en donde se encuentra actualmente las Historias Clínicas o cualquier tipo de documento. El aplicativo lleva un registro de cual ha sido el recorrido de cada documento en el transcurso de registros.

b. Recetario Médico: Es el Módulo para el registro de Ordenes Médicas que involucra medicamentos materiales y servicios, generen o no cobro de copagos o cuotas moderadoras y que permite que se articule el módulo del control de costo médico y el módulo de Autorización de Servicios.

Desde el Consultorio el profesional diligenciará la solicitud de exámenes, medicamentos y materiales, que apliquen a la sugerencia u obligatoriedad que ofrecen el sistema frente a los protocolos instaurados. Con este Módulo se elimina la generación manual de la Orden de Servicios y se agiliza la atención en caja.

c. Programación de Citas: Permite la operación y control de centrales de citas con los diversos controles en la asignación de la misma. Sirve de gran apoyo a los registros estadísticos y control para contratos de capitación.

d. Programación de Cirugías: Controla la programación de cirugías permitiendo la integración con el Módulo de Admisiones, Facturación, y Estadística. Lleva el registro de la Hoja de Cirugía con la posibilidad de integrarse al Historial Clínico.

e. Generador de Reportes de Laboratorio: Módulo que permite fácilmente y de forma confiable el registro y generación de reportes de Laboratorio, su integración con Facturación, y Estadística generan múltiples utilidades de control y agilidad de procesos.

f. Generador de Reportes de Rayos X: Módulo que permite fácilmente y de forma confiable el registro y generación de reportes de radiología. Opera mediante plantillas que hace más fácil la consignación de resultados ya sea de valores normales o que operen mediante resultados tipo. Su integración con Facturación, y Estadística generan múltiples utilidades de control y agilidad de procesos.

g. Generador de Reportes de Tomografía: Módulo que permite fácilmente y de forma confiable el registro y generación de reportes de Tomografía. Opera mediante plantillas que hace más fácil la consignación de resultados ya sea de valores normales o que operen mediante resultados tipo. Su integración con Facturación, y Estadística generan múltiples utilidades de control y agilidad de procesos.

h. Registro de Donantes: Aplicativo que registra la información personal de donantes y el histórico frente a donaciones y exámenes practicados, permite la relación de grupos familiares y la generación de estadísticas con los hallazgos de los exámenes practicados.

i. Autorización de Pacientes: Con este Módulo es posible conocer cual es el comportamiento de la Base de Datos de Pacientes de cada uno de los convenios con los que se posee contratos.

Serán posibles datos como el conocimiento de fechas de ingreso y salida de la Base de Datos de un paciente, el comportamiento etareo del grupo poblacional en los diferentes cargues, el comportamiento del costo médico por grupo etareo de los diferentes cargues, la identificación de pacientes de alto costo por convenio, entre otros.

j. Generador de RIPS: Aplicativo para cumplir de forma fácil y sencilla la engorrosa tarea del Registro Individual de Prestación de Servicios para el Sistema General de Seguridad Social de Servicios de Salud. Todos los Módulos que capturan información contienen la estructura necesaria para generar los datos a este Módulo llegando se a reducir a nulo el registro por este concepto. Este modulo sin duda se convierte en obligatorio para todo prestador de servicios de salud, ya que con este modulo se integra a la Red de Información en salud REDINSA

k. Historias Clínicas Odontológica ODONTOGRAMA: El Módulo de Historia Clínica Odontológica está diseñado para generar a partir de una Cotización un Plan de Tratamiento automático para la Historia Odontológica, los diferentes procedimientos están validados de acuerdo a si a los mismos aplican a un diente en particular, y si a éstos aplican una o varias caras. Permite restringir los procedimientos a los dientes y caras que realmente apliquen, y además formar combos de caras, para un más fácil manejo de los procedimientos. Permite incluir nuevos procedimientos a Planes de Tratamiento de una Historia Clínica Odontológica anterior, o empezar con un tratamiento nuevos, es posible marcar los procedimientos que se han realizado en cada una de las sesiones, este proceso actualiza inmediatamente la evolución del tratamiento y se crea el registro de RIPS automático. El proceso se puede realizar en forma inversa, abriendo la Historia Clínica Odontológica con gráficos (Drap and Drop), y a partir de ella generar las evoluciones del Plan de Tratamiento.

l. Historias Clínicas para Curaciones: Este módulo está diseñado para llevar el registro de las actividades realizadas en las curaciones de las heridas, el manejo de la información es amigable gracias a la integración con los otros módulos como administración de usuarios, facturación, operación de cajas etc. El Módulo cuenta con un registro de admisiones, registro de Antecedentes, una apertura de atención, un registro del estado inicial de la herida, el registro de cada curación y el registro de la evolución de cada herida de forma independiente.

m. Historias Clínicas Médica nivel I: Este Módulo comprende todas las etapas de la atención del paciente en una institución de primer nivel de atención, comprendiendo la apertura, verificación de derechos, registros de datos personales, revisión por sistemas, antecedentes, examen físico, diagnóstico al ingreso, indicaciones, conducta, procedimientos, procedimientos quirúrgicos, consulta de resultados, evoluciones, incapacidades, remisiones y diagnósticos de salida. El diseño del aplicativo mantiene la integralidad con el área administrativa y asistencia, y permite la implementación de plantillas y protocolos para cada etapa de la atención con lo que es posible, posteriores revisiones investigativas sobre la atención de pacientes por diversas clasificaciones.

n. Guías de Manejo: Este Módulo comprende la administración de los procedimientos ordenados de acuerdo con las guías de manejo o protocolos instaurados por la Institución. En la operación del Módulo de Historia Clínica servirá siempre como documento de consulta o se puede obligar que el profesional tome solo las alternativas consignadas frente al diagnóstico registrado. La mayor utilidad del Módulo radica en la oportunidad de conocer que profesionales se han salido de los protocolos para los estudios clínicos y como incidió frente al gasto.

o. Bitácora Atención en “Call Center”: Permite conocer el registro de llamadas que han entrado al “Call Center” y el trámite que se le dio, posee actividades parametrizadas para evitar el registro de las mismas en la bitácora, y por cada llamada se puede grabar un seguimiento sobre el tema que la originó.

p. Registro de Base de Datos Pacientes Capitados: Con este Módulo es posible conocer cual es el comportamiento de la Base de Datos de Pacientes de cada uno de los convenios capitados con los que se posee contratos. Serán posibles datos como el conocimiento de fechas de ingreso y salida de la Base de Datos de un paciente, el comportamiento etareo del grupo poblacional en los diferentes cargues, el comportamiento del costo medico por grupo etareo de los diferentes cargues, la identificación de pacientes de alto costo por convenio, entre otros.

Se agregaran reportes como la relación de nuevos pacientes por cargue, la relación de pacientes que nunca han usado el servicio. Permite el control en el registro de validación de derechos para pacientes, por parte de la Entidad Administradora de Servicios de Salud. Consiste en cargar de manera periódica una BD con la relación de personas a quienes se les puede prestar servicios, con esto se administra mejor el área de Caja y Facturación, ya que se evita el la asignación directa del código de empresa por parte del personal de Caja o Facturación. Ese Módulo también permite el registro de autorización de servicios a pacientes que no se incluyeron en el cargue inicial de la BD, designándole un periodo por el cual se mantendrá vigente dicha autorización.

El registro de base de datos de pacientes capitados debe tener los siguientes atributos

- Poseer el registro de datos personales de los Pacientes.
- Poseer el histórico de todas la BD cargadas por convenio en periodos mensuales.
- La activación del paciente fuera del cargue puede realizarse por evento ó por período o capitado hasta que llegue la nueva base de datos del asegurador
- El Software debe alimentarse con la base general de población sisbenizada asignadas a las EPS-S e identifica la población vinculada.
- El Software debe alimentarse con la base de datos de población Contributiva del Municipio para impedir que estos se ingresen para su atención como población vinculada.
- El Software debería contar con el registro digital de huellas y fotografías para identificación plena de usuarios, evitando suplantaciones y uso fraudulento de carné.
- El Software debe ser alimentado con la población asignada a cada asegurador, incluyendo las actividades contratadas, la modalidad de contrato y las tarifas pactadas con cada entidad.

6.4 DEFINICIÓN DE ESTÁNDARES A EVALUAR EN EL ÁREA DE FACTURACIÓN.

El Instrumento contiene los siguientes estándares:

6.4.1 Estándar No. 1: Recurso Humano: Teniendo en cuenta que facturación es un proceso dinámico que requiere la participación activa de las personas, se hace necesario contemplar en el instrumento un estándar que evalúe de manera integral este componente en lo relacionado con idoneidad del personal, procesos de selección, evaluación de desempeño, capacitación, rotación, etc.

6.4.2 Estándar No. 2: Infraestructura: El proceso de facturación debe llevarse a cabo en unas instalaciones físicas adecuadas, que garanticen comodidad, fácil acceso, seguridad al cliente interno y externo de la Institución que accede a solicitar los servicios que requieren ser facturados, es por esta razón que se hace necesario incluir en el instrumento este estándar que evalúe de manera integral y objetiva las instalaciones físicas con las que cuenta la entidad.

6.4.3 Estándar No. 3: Dotación y evaluación computacional: Para desarrollar el proceso de facturación y de acuerdo al nivel de complejidad de la Institución, es indispensable una dotación adecuada de equipos, redes, aplicativos, comunicaciones, muebles, enseres e insumos que le garanticen al operador su desarrollar su proceso sin restricción alguna. Por las razones expuestas hemos definido este estándar para evaluar de manera integral y objetiva sus componentes.

6.4.4 Estándar No. 4: Procesos, procedimientos y papel de trabajo: Todo proceso y procedimiento en la institución debe estar documentado, socializado y debe ser aplicado por sus operarios, para unificar criterios, facilitar el trabajo y hacer un control efectivo de su desarrollo, razón por la cual definimos este estándar como herramienta de gran importancia al momento de evaluar el área de facturación.

6.4.5 Estándar No. 5: Historia clínica y registros: Todo proceso genera registros claves que se constituyen en evidencia para quienes los requieran. Adicionalmente en la facturación de servicios de salud se hace indispensable el

manejo de la historia clínica y registros clínicos que soportan la actividad, procedimiento o intervención realizada a un usuario y que se constituyen en soportes de facturación. Por esta razón incluimos en el instrumento un estándar que evalúe los registros de facturación e incluya la historia clínica en el componente que apoya a facturación

6.4.6 Estándar No, 6: Riesgos en la facturación: En el desarrollo de un proceso existen riesgos que afectan directa o indirectamente el resultado. Todo proceso debe ser proactivo y debe tener definido claramente cuales son los riesgos que pueden ocurrir para diseñar estrategias que permitan minimizarlos o abolirlos. Siendo facturación la puerta de entrada de todos los recursos producto de la venta de servicios, consideramos incluir este estándar para evaluar de manera integral los riesgos a los que se ve sometido el proceso de facturación y el grado de desarrollo de la institución para controlarlos.

6.5 INSTRUCTIVO.

De acuerdo al nivel de complejidad de la institución y grado de desarrollo del proceso de facturación, se aplica un instrumento que permite de manera rápida ubicar al auditor o evaluador en la institución y agiliza el proceso de auditoría en la Institución.

Figura 2. Instructivo y criterios para la aplicación del instrumento de verificación y evaluación del área de facturación en salud.

AUDITORES MÉDICOS		CODIGO: SA-07	VERSIÓN SA - 001	INSTRUCTIVO Y ALCANCE	
7. INSTRUCTIVO Y CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL ÁREA DE FACTURACIÓN EN SALUD					
A continuación se establecen el instructivo y los criterios para la aplicación del instrumento, en consideración a los 6 estándares establecidos.					
El instrumento puede ser aplicado: a). A toda institución prestadora de servicios de salud de diferente nivel de complejidad; b). A Instituciones que cuenten con un método manual, sistematizado ó automatizado en facturación, idendependiente que el aplicativo con el que cuenta la IPS sea propio (in house) ó adquirido; c). A Instituciones que cuenten con un departamento de facturación estructurado y con procesos definidos ó en su defecto sea una sola persona la encargada de todo el proceso; d). A toda Institución independiente de las condiciones medioambientales, geográficas, culturales, sociales y tecnológicas. e). De acuerdo al nivel de complejidad y grado de desarrollo del proceso de facturación, este instrumento se diligenciará así: A: aplica, NA: no aplica. Es de aclarar que como es un instructivo no genera puntuación alguna.					
No.	CRITERIO	A	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
7,1	Consultorio medico, odontológico u otro, sujeto a facturación, con facturación manual.				Revise documentos que así lo acrediten, verifique el estado de la habilitación y la declaración de los servicios, su vigencia. Verifique que material utilizan para los registros, recolección y captura de datos.
7,2	Consultorio medico, odontológico u otro, sujeto a facturación, con facturación computacional o sistematizada sin software.				Revise documentos que así lo acrediten, verifique el estado de la habilitación y la declaración de los servicios, su vigencia, revise el instrumento utilizado, verifique las fases de desarrollo que ha tenido este instrumento, quien lo elaboro, en que lapso de tiempo y que futuro le espera al
7,3	Consultorio medico, odontológico u otro, sujeto a facturación, con facturación computacional o sistematizada con software.				Revise documentos que así lo acrediten, verifique el estado de la habilitación y la declaración de los servicios, su vigencia, revise el programa computacional o software, en que plataforma esta elaborado, su licenciamiento y legalidad, flexibilidad que ofrezca el proveedor en actualizaciones normativas, pautas contractuales de mejoramiento y acondicionamiento, que acredite un aval y verifique
7,4	IPS de primer, segundo, tercer o cuanto nivel de complejidad, sujeto a facturación, con facturación manual.				Revise documentos que así lo acrediten, verifique el estado de la habilitación y la declaración de los servicios, su vigencia. Verifique que material utilizan para los registros, recolección y captura de datos.
7,5	IPS de primer, segundo, tercer o cuanto nivel de complejidad, sujeto a facturación, con facturación computacional o sistematizada sin software.				Revise documentos que así lo acrediten, verifique el estado de la habilitación y la declaración de los servicios, su vigencia, revise el instrumento utilizado, verifique las fases de desarrollo que ha tenido este instrumento, quien lo elaboro, en que lapso de tiempo y que futuro le espera al instrumento y a la institución.
7,6	IPS de primer, segundo, tercer o cuanto nivel de complejidad, sujeto a facturación, con facturación computacional o sistematizada con software.				Revise documentos que así lo acrediten, verifique el estado de la habilitación y la declaración de los servicios, su vigencia, revise el programa computacional o software, en que plataforma esta elaborado, su licenciamiento y legalidad, flexibilidad que ofrezca el proveedor en actualizaciones normativas, pautas contractuales de mejoramiento y acondicionamiento, que acredite un aval y verifique referencias que usen o usaron el aplicativo.
7,7	El instrumento puede ser aplicado a los prestadores de servicios de salud por personal profesional en el área de la salud, área de la informática, ingenierías de sistemas, contaduría publica, economía, administradores de empresas y demas autorizados por Ley especializados en auditoria				Presentar ante la IPS la idoneidad del personal que evaluara, indicar como será el proceso, concertando una visita para programación, ejecución, evaluación e informe final con los órganos directivos encargados del área. Visita de inspección y reconocimiento del o de las diferentes áreas como esta conformado el proceso objeto de evaluación, indagar sobre fallos e interés que se tenga para realizar esta evaluación.
7,8	El instrumento no debe ser aplicado a instituciones promotoras de la salud EPS y EAPB, ni a otro tipo de entidades diferentes al sector				Restriciones
7,9	El instrumento puede ser aplicado a los prestadores de servicios de salud en el sector urbano y en instituciones con tecnologías de punta.				Determinar la capacidad técnica, tecnológica, la logística, financiera, de recurso humano e infraestructura física de la institución.
7,10	El instrumento puede ser aplicado a los prestadores de servicios de salud en el sector rural y urbano - marginal con limitaciones tecnológicas y con escasa o nula tecnología de				Determinar la capacidad técnica, tecnológica, la logística, financiera, de recurso humano e infraestructura física de la institución, las limitaciones, riesgos y necesidades mas apremiantes, en especial la seguridad, accesos, áreas de penetración.
7.11	Siempre se deben evidenciar los criterios que se encuentren documentados y refrendados por los miembros o integrantes de cada proceso.				Solicite y revise documentos, sea claro con el objeto del estudio, permita un clima de confianza con el interlocutor para que le aporte información objetiva.
7.12	Siempre se debe dejar constancia de lo encontrado y en lo posible soportar estas evidencias con fotografías, huellas, grabaciones, etc.				Llevar o elaborar instrumentos de trabajo claros, precisos, y concisos, puede valerse de cámaras de videos, fotográficas, grabadoras.

A continuación detallamos los componentes de cada estándar y las instrucciones

para su aplicación.

Cada estándar tiene los siguientes componentes:

- Tabla de trabajo
- Proporción de cumplimiento
- Indicador de normalidad o cumplimiento y plan de acción

6.5.1 Tabla de trabajo: Es el corazón del instrumento, se constituye en la herramienta que contiene todos los criterios que se van a evaluar dentro de cada estándar así:

Figura 3. Tabla de trabajo.

ENERGIA		INSTRUMENTO DE VERIFICACION Y EVALUACION DEL AREA DE FACTURACION EN SALUD						
AUDITORES MÉDICOS		CODIGO: SA-01	VERSIÓN: SA - 002	ESTÁNDAR 1				
1. ESTÁNDAR DE VERIFICACION DE NORMALIDAD DEL RECURSO HUMANO EN EL AREA DE FACTURACION DE UN SERVICIOS DE SALUD								
CODIGO	CRITERIO	QUE ESPERAMOS	QUE VERIFICAR	CALIFICACIÓN			OBSERVACIÓN	MODO DE VERIFICACION
				N	AN	NA		

Cuadro 3. Tabla de trabajo

DETALLE	DEFINICIÓN
Nombre del instrumento:	Igual para todos los estándares
Código del instrumento:	Identifica cada instrumento por estándar
Versión del Instrumento:	Define las versión del instrumento que se está aplicando
Nombre del estándar	Nomina al estándar
Código del criterio.	Asigna un número al criterio a evaluar por estándar
Criterios a evaluar	Identifica el componente que se va a evaluar
Que esperamos	Define la condición de normalidad
Que verificar	Corresponde a los elementos, herramientas, condiciones que debe tener la institución para la normalidad y opera en su mayoría a manera de pregunta para facilitar al auditor aplicar el instrumento
Cumplimiento del estándar	Contiene 3 posibilidades de acuerdo al cumplimiento o no cumplimiento del criterio Normalidad (N): Cumple

	Anormal (AN): No cumple No aplica (NA): No aplica el ítem para el área
Observación	Es la casilla en donde se registran los hallazgos encontrados en la visita de evaluación o auditoría
Modo de verificación	Describe la forma como el auditor verifica el cumplimiento del criterio

6.5.2 Proporción de Cumplimiento: Al final de la tabla de trabajo hay un componente denominado proporción de normalidad, en el cual se registra la proporción de cumplimiento. Se tiene en cuenta que el máximo valor corresponde al número de criterios evaluados por estándar que equivale al 100%. En caso de haber criterios que no apliquen, se resta del total de criterios para sacar la proporción.

Figura 4. Proporción del cumplimiento.

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
N: Normalidad del servicio	
AN: Anormalidad del servicio	
NA: No aplica para el servicio	

6.5.3 Indicador de Normalidad o Cumplimiento y Plan de Acción: Conociendo la proporción de normalidad, se define el nivel de desarrollo del indicador de acuerdo a un rango establecido. De acuerdo al rango se define un plan de acción a ejecutar.

Figura 5. Indicadores de normalidad o cumplimiento y plan de acción.

INDICADOR DE NORMALIDAD O CUMPLIMIENTO Y PLAN DE ACCIÓN			
INDICADOR	RANGO	NIVEL DE DESARROLLO	PLAN DE ACCIÓN
Indicador	100%	Excelente	hacer seguimiento continuo y mantener el indicador
Indicador	95-99%	Muy bueno	hacer seguimiento continuo y elevar el indicador
Indicador	90-94%	Bueno	Plan de mejoramiento continuo seguimiento y metas de mejoramiento a corto plazo.
Indicador	85-89%	regular	Plan de mejoramiento continuo seguimiento y metas de mejoramiento a corto plazo, debe haber compromiso de mejoramiento.
Indicador	80-84%	Malo	Alerta medidas preventivas, plan de mejoramiento continuo seguimiento y metas de mejoramiento a corto plazo, debe haber compromiso de mejoramiento, a corto plazo.
Indicador	-80%	Muy Malo	Alerta medidas correctivas y plan de mejoramiento continuo, seguimiento y metas de mejoramiento a corto plazo, debe haber compromiso de mejoramiento, alerta para reevaluar los recursos disponibles a corto plazo.

6.6 INSTRUMENTO PARA AUDITAR EL ÁREA DE FACTURACIÓN.

Es una herramienta que permite evaluar y auditar de manera integral el área de facturación de una IPS de cualquier nivel de complejidad, independiente de la modalidad de facturación que tenga (manual, sistematizada, mixta).

Con este instrumento se evalúa de manera objetiva cada estándar definido en el numeral anterior.

Incluye varios criterios dentro de cada estándar y define las condiciones de normalidad que se esperan. Nos describe de una manera sencilla y objetiva los aspectos que va a verificar el auditor y nos enseña el modo de verificación de cada criterio

Permite que en el espacio de observaciones se registren los hallazgos encontrados en la visita de auditoría y de acuerdo a lo observado, registrar las condiciones de normalidad, anormalidad que presente la IPS o en su defecto registrar como no aplicables aquellos que para el caso no aplican.

Una vez registrado los hallazgos, al final de la tabla encontramos un total de criterios, cumplidos (N), no cumplidos (AN) y no aplicables (NA), los cuales se suman y se relacionan proporcionalmente con el total de criterios, sacando un resultado de proporción de cumplimiento que se registra en una tabla que se encuentra al pie de cada estándar.

Según la proporción de cumplimiento, el instrumento contiene una tabla con rangos de cumplimiento que nos muestran de manera resumida el plan de acción a seguir de acuerdo al resultado.

A continuación describimos cada estándar con el respectivo instrumento para auditoría y evaluación.

6.6.1 Estándar No. 1: Recurso Humano (Ver Anexo: Estándar No. 1): El objetivo de este estándar es verificar que el talento humano que presta sus servicios en el área de facturación, cumpla con los requisitos necesarios para desempeñar adecuadamente su oficio y se le garanticen condiciones óptimas para la consecución de tal fin. Con este instrumento se evalúa el componente talento humano en una forma integral, teniendo en cuenta criterios de idoneidad, selección de personal, evaluación de desempeño, capacitación, manejo de las hojas de vida y requisitos para el cargo, convenios docente asistenciales, plan de cargos y rotación de personal.

De acuerdo al nivel de complejidad de la Institución el área de facturación debe contar con:

Cuadro 4. Requisitos del área de facturación según la complejidad de la institución.

CRITERIO	COMO VERIFICAR
<p>Nivel Medio y Alto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Profesional de la salud especializado en auditoría médica ➤ Ingeniero de Sistemas para el mantenimiento de software y hardware ➤ Ingeniero de Sistemas de información ➤ Contador Público ➤ Técnico en contabilidad ➤ Técnico en facturación ➤ Bachilleres con estudio en sistemas y experiencia en facturación de servicios de salud <p>Nivel Bajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Técnico en sistemas ➤ Técnico en contabilidad ➤ Técnico en facturación y/o bachilleres con estudio en sistemas y experiencia en facturación de servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitando listado de personal adscrito al área de facturación ➤ Revisando que las hojas de vida concuerden con el listado suministrado por la entidad ➤ Verificando que en cada hoja de vida haya una lista de chequeo que contenga el cargo, el perfil y los requisitos del mismo ➤ Verificando que diploma, acta de grado, sean expedidas por instituciones autorizadas ➤ Verificando que si dentro del personal hay profesionales con diplomas extranjeros, éstos tengan la convalidación ante el ICFES ➤ Verificando que el personal de salud esté debidamente inscrito ante la respectiva Dirección Departamental de Salud

A continuación presentamos el instrumento para evaluar el estándar de recurso humano.

Figura 6. Instrumento para evaluar el estándar de recurso humano.

FINANCIA		INSTRUMENTO DE VERIFICACION Y EVALUACION DEL AREA DE FACTURACION EN SALUD						
		AUDITORES MÉDICOS		CODIGO: SA-01	VERSIÓN: SA - 002	ESTÁNDAR 1		
I. ESTÁNDAR DE VERIFICACION DE NORMALIDAD DEL RECURSO HUMANO EN EL AREA DE FACTURACION DE UN SERVICIO DE SALUD								
CODIGO	CRITERIO	QUE ESPERAMOS	QUE VERIFICAR	CALIFICACIÓN			OBSERVACIÓN	MODO DE VERIFICACION
				N	AN	NA		
1.1	IDONEIDAD	Que el personal que labora en el área de facturación de la Institución cumpla con todos los requisitos de idoneidad y legales exigidos para el perfil	Requisitos por cargo según perfil: Diploma, acta de grado, certificados expedidos por órganos como Contaduría general de la nación, Contraloría y Procuraduría; libreta militar, certificado judicial, experiencia				<ul style="list-style-type: none"> Solicitando listado de personal adscrito al área de facturación Revisando que las hojas de vida concuerden con el listado suministrado por la entidad Verificando que en cada hoja de vida haya una lista de chequeos que contenga perfil para el cargo y los requisitos y documentación mínima que deba hacer parte de la misma? (Diploma, acta de grado, certificados expedidos por órganos como Contaduría general de la nación, Contraloría y Procuraduría; libreta militar, certificado judicial, experiencia requerida) Verificando que diploma, acta de grado, sean expedidas por instituciones autorizadas Verificando que si dentro del personal hay profesionales con diplomas extranjeros, éstos tengan la convalidación ante el ICFES Verificando que el personal de salud esté debidamente inscrito ante la respectiva Dirección Departamental de Salud 	
1.2	SELECCIÓN	La entidad debe contar con un proceso definido para la selección del talento humano de acuerdo al perfil del cargo y los requisitos mínimos que se deben cumplir	Proceso o procedimiento establecido para selección de talento humano aprobado por la entidad				Solicitando al área de talento humano de la institución o quien haga sus veces, el proceso o procedimiento adoptado para selección de personal verificando los componentes del mismo	
1.3	DESEMPEÑO	Proceso o procedimiento definido para evaluación de desempeño del talento humano que incluya al menos Orientación al servicio compromiso organizacional aprendizaje, trabajo en equipo, fortaleza y oportunidades de mejora del empleador y plan de mejoramiento.	Proceso o procedimiento establecido para evaluación de desempeño del talento humano aprobado por la entidad				<ul style="list-style-type: none"> Solicitando al área de talento humano de la institución o quien haga sus veces, el proceso o procedimiento adoptado para evaluación de personal Verificando el instrumento definido por la institución para evaluación de desempeño Verificando las evaluaciones realizadas en el último año fiscal al personal adscrito al área de facturación Verificando planes de mejoramiento propuestos producto de la evaluación y seguimiento a los mismos 	
1.4	CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIALES	Teniendo en cuenta que las instituciones de II y III nivel de complejidad permiten práctica de estudiantes, se hace necesario verificar la existencia y formalización de dichos convenios y la responsabilidad frente a las tareas ejecutadas por los practicantes	Verificar la existencia de convenios docente asistenciales para la práctica de estudiantes en el área de facturación de la institución.				Solicitando el convenio firmado y legalizado, verificando si está definida con claridad la responsabilidad frente a las tareas ejecutadas por el practicante	

1.5	CUSTODIA DE HOJAS DE VIDA	Las hojas de vida deben estar centralizadas, debidamente archivadas, bajo las normas de archivo general de la Nación y a cargo de un responsable	* ¿Las hojas de vida están centralizadas, debidamente archivadas, con acceso restringido, bajo custodia y cuentan con un responsable? *Si la Institución cuenta con oficinas satélites aplique esta pregunta: ¿En las diferentes sedes tienen hoja de vida del recurso humano, o bien mecanismos para acceder a ella?			Verificar que las hojas de vida del personal adscrito al área de facturación estén centralizadas, archivadas, con acceso restringido y bajo la responsabilidad de un funcionario.
1.6	PLAN DE CARGOS	La entidad debe contar con un plan de cargos definido para el área de facturación. Especificando número de funcionarios que se requieren y ubicación. Para instituciones del Nivel I y II de complejidad. Cuenta el área de facturación con un profesional de la salud, un ingeniero de sistemas, ingeniero de sistemas de información, contador, auxiliar de contabilidad, técnico en facturación o bachilleres con experiencia en facturación. Para instituciones de Nivel I. Cuenta el área de facturación con un técnico en sistemas, técnico en contabilidad y bachilleres con experiencia en facturación?	De acuerdo al nivel de complejidad, la institución cuenta con el personal mínimamente requerido para operar el área de facturación?			*Solicitar Plan de cargos *Verificar perfil *Verificar cuantos de los funcionarios hacen parte de la planta y cuantos son por contrato indirecto (cooperativo, EAT, prestación de servicios). Si la relación contrato indirecto/total cargos en área facturación, resulta ser mayor al 50% hay mayor riesgo en la estabilidad y continuidad de los procesos en el área
1.7	ROTACIÓN DE PERSONAL	El personal de facturación debe permanecer en el lugar asignado mínimamente 1 año	Con qué frecuencia y en qué porcentaje rota el personal de facturación?			Verificar con cada funcionario el tiempo de permanencia en su puesto de trabajo (Ejemplo: Admisión de consulta externa, urgencias, internación, apoyo diagnóstico). Si la rotación es inferior a un año y el porcentaje es superior al 50% hay riesgo para la continuidad de los procesos en facturación.
1.8	COORDINACIÓN	En toda institución debe haber un coordinador del área de facturación	Existe un funcionario responsable de coordinar la facturación? Si es una institución de más de 80 camas para II y III nivel debe ser profesional con disponibilidad exclusiva mínimo de 6 horas. En instituciones de menos camas un tecnólogo experimentado.			Verificar si existe en el plan de cargos una designación como coordinador de facturación ó en su defecto un acto administrativo que delegue en una persona la función de coordinador. Para las instituciones de más de 80 camas, verificar si el coordinador es un profesional de salud con dedicación exclusiva mínimo de 6 horas. Si la institución es de bajo nivel con menos de 80 camas, el coordinador debe ser un técnico experimentado
TOTAL						

Con el objeto de ubicar al auditor en el número de trabajadores que operan el área de facturación, el cargo, la profesión, el cumplimiento de requisitos, aplicamos el siguiente instrumento denominado chequeo perfil recurso humano así:

Figura 7. Estándar No. 1

SINERGIA		INSTRUMENTO DE VERIFICACION Y EVALUACION DEL AREA DE FACTURACION EN SALUD							
AUDITORES MÉDICOS		CODIGO: SA-01	VERSIÓN SA - 002				ESTÁNDAR 1		
1. LISTA DE CHEQUEO DEL RECURSO HUMANO SUGERIDO Y PERFIL DE CARGOS REQUERIDO SEGÚN EL TIPO DE									
El personal administrativo y operativo que presta directamente los servicios de facturación a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio, (Si aplica) en caso que aplique. Llene con "N" normal si cumple, AN si no cumple, NA si no aplica. Inserte una fila por cada funcionario y al final totalece el número de funcionarios.									
1. Solicite la relación de todo el recurso humano que preste directamente los servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación. (Se solicitará explícitamente el cuadro de turnos de Médicos auditores, tecnólogo, técnico o Auxiliares.)									
2. Solicite las hojas de vida del personal relacionado en el listado.									
3. Verifique que todo el personal de la relación cuente con hoja de vida. (Mayor De 100 el 10%, si alguna no cumple revise todas),									
PERSONAL	NUMERO RELACIONADO DE PERSONAS	NUMERO HOJAS DE VIDA	CON TITULO O CERTIFICADO DE APTITUD (1000-1800 HORAS DEC. 3616/05)	SIN TITULO O CERTIFICADO DE APTITUD (NOMBRES)	TITULO POR INSTITUCION RECONOCIDA POR EL ESTADO	PAZ Y SALVO PROCURADURIA	PAZ Y SALVO CONTRALORIA	PAZ Y SALVO D.A.S.	OTROS
PROFESIONAL O JEFE DEL ÁREA O COORDINADOR									
TECNOLOGO DE SISTEMAS DE SALUD									
TECNICO EN SISTEMAS CON ENFASIS EN FACTURACION EN SISTEMAS DE SALUD									
AUXILIAR DE SISTEMAS FACTURACION EN SALUD									
AUXILIARES CONSOLIDADORES DE FACTURACION									
FACTURADORES NOMINA									
AUXILIARES DE CAJA O TESORERIA									
AUXILIARES DE PREAUDITORIA - AUDITORIA									
Se hace necesario ajustar el personal según las exigencias de cada institución, su capacidad instalada de servicios en equilibrio con la oferta esperada, recomendando que las instituciones de mas de 80 camas, y de segundo o tercer nivel, se disponga de un auditor médico como jefe técnico para la prestación y un ingeniero de sistemas como jefes de área logística-administrativa.									

6.6.2 Estándar No. 2: Infraestructura (Ver Anexo: Estándar No. 2): El objeto de estándar es verificar que las condiciones de infraestructura y mantenimiento del área de facturación sean adecuadas y permitan al cliente interno y externo estar cómodos y seguros para la realización de los procesos del área.

Con el instrumento podemos evaluar de manera integral este componente, incluyendo criterios tales como área, accesibilidad, señalización, seguridad, mantenimiento

Para evaluar el estándar aplicamos el siguiente instrumento definido como Estándar No. 2 como a continuación se describe

Figura 8. Estándar No. 2

SINERGIA		INSTRUMENTO DE VERIFICACION Y EVALUACION DEL AREA DE FACTURACION EN SALUD						
AUDITORES MÉDICOS		CODIGO: SA-02		VERSIÓN SA - 002		ESTÁNDAR 2		
2. INFRAESTRUCTURA								
Estándar: 2. Las condiciones de la infraestructura física de las áreas son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos, aplicables para todos los puntos que hacen parte del proceso de facturación, y se debe realizar la evaluación de manera independiente.								
COO	CRITERIO	QUE ESPERAMOS	QUE VERIFICAR	N	AN	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.1	AREA	La institución debe contar con un área definida para efectuar la facturación: Puntos de facturación, áreas para consolidación, análisis y trámite de la información.	*Número de unidades productivas ofertadas por la entidad y número de puntos de facturación dispuestos. *Área de consolidación, análisis y trámite de información *Que cuente con un ambiente físico exclusivo delimitado y que disponga de un espacio cómodo, sala de espera, pasillos, acceso a los baños públicos, de fácil ingreso a usuarios en silla de rueda, antechados, no expuestos a riesgos altos de accidentes de tránsito, eléctricos, entre otros.					*Observación directa de áreas *Indague, inspecciones el ambiente físico, su dotación y la ergonomía de los muebles, de tal manera que se garantice al acceso a todo tipo de público en condiciones adecuadas, si es compartido el puesto de facturación o zona de paso, que el acceso se garantice en doble vía. *Verifique unidades sanitarias *Verifique estantería para archivo de información
2.2	CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA	Que las áreas tengan las condiciones físicas mínimas para generar comodidad al cliente interno y al cliente externo, iluminación natural, artificial, ventilación, servicios públicos	Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, garantiza la permanencia de las fuentes energéticas para los equipos.					*Visualice integridad de paredes y pisos, materiales, regularidad de los pisos, integridad de techos. *Verifique durante la visita si están funcionando normalmente los servicios de energía, comunicaciones, acueducto y alcantarillado. *Indague si la institución cuenta con una fuente de energía de emergencia y de qué tipo. *Verifique filtraciones de agua, indague por inundaciones del área,

2.3	ACCESIBILIDAD	Los puntos de facturación deben ser de fácil acceso para el cliente interno y externo, incluido aquel con discapacidad	*Facilidad para el acceso por parte de los usuarios a los dependencias de facturación: *Puntos de facturación, área de consolidación, cartera, oficina de auditores *Existencia de un área específica que funciona en cada centro de costo y facilidad para el acceso				✓ Entreviste al responsable del servicio de facturación e indague por la capacidad de respuesta frente a los servicios que más se congestionan, indague si la capacidad instalada es suficiente, verifique que los usuarios accedan al servicio y se garantice el 100% de la facturación, verifique si el área está ubicada en sitios estratégicos, contiguos que también se les permita al funcionario la inspección y registro ante la responsabilidad de una facturación eficiente. *Verifique la existencia de rampas para discapacitados *Verificar las áreas productivas y el acceso de los clientes a la facturación en doble vía, si se comparte servicios verifique las condiciones de acceso.
2.4	OPORTUNIDAD	La facturación debe garantizarse en el momento en que se requiera prestar un servicio	Si la institución presta servicios las 24 horas, cuentan con facturación las 24 horas? y si cuenta con fuente de energía de emergencia.				*Verifique la disponibilidad de puntos de facturación en servicios que se presten durante 24 horas. *Indague si se presentan fallas frecuentes en el suministro de estos servicios y su impacto sobre la prestación de los servicios.
2.5	SEGURIDAD	Minimizar los riesgos para el cliente interno y externo que accede a los puntos de facturación	La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos naturales o antrópicos ya previsto en los planes de emergencia de la institución. Incendios, eventos terroristas, inundaciones, temblores de tierra, derrumbes, deterioro y pérdidas de equipos, etcétera) podrá tenerse además en cuenta las normas que se deben guardar los funcionarios de facturación, normas de bioseguridad en relación con el área asistencial por lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud.				✓ Indague si el área de operación de la facturación está provista de las mínimas condiciones de prevención y protección como radioprotección, sismo resistencia, fallas en la operación del sistema alterno de energía, cortocircuitos, inundaciones, caída de equipos, pérdidas de la información, Verifique que la institución no está construida en terrenos con riesgo inminente de inundación, deslizamiento, avalancha, erupción volcánica u otros similares, y que no se encuentra próxima a zonas de alto riesgo biológico, industrial o de otra índole, que generen riesgos incorregibles y eventos epidemiológicos relacionados con el área y con los clientes internos y externos. *Verifique la existencia de barandas, pasamanos, señales de peligro
2.6	AREA PARA EXTRAMURALES	Cuando se trata de servicios extramurales, estos deben contar con un espacio físico para procesar información de facturación	Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio o espacios adecuados que permitan la facturación de los servicios que se prestan.				Verifique que la institución hace atenciones extramurales, e indague como garantiza la facturación y si se dispone de algún método de facturación alternos, se electrónica o manual.

2.7	ÁREAS RESTRINGIDAS	Dentro de una institución de salud hay áreas restringidas como quirófanos, zonas de radiación.	*Las zonas designadas por la Institución como de acceso restringido, deben garantizar vestuario y elementos de protección para el personal de facturación y auditoría tales como, gomas, mascarillas, polainas, batas, chalcos plomados. Los centros radiológicos deben contar con paredes plomadas *Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, las áreas en las que funcionan los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso odontológico expedida por la dirección territorial.				*Verifique este garantizada las condiciones de acceso de los funcionarios a áreas restringidas y semirestringidas, que certifiquen una inducción mínima. *Verifique si existe radiaciones ionizantes y que la radio protección garantizada para los usuarios que facturan así como para quienes solicitan el servicios, verifique paredes piso y techos.
2.8	SEÑALIZACIÓN	Todos los puntos de facturación deben contar con una adecuada señalización, incluidas las áreas de acceso restringido, que permitan la ubicación al cliente interno y externo fácilmente, igualmente rutas de evacuación y salidas de emergencia	Tipo de señalización				*Verificar mapa de sitio *Verificar letreros *Verificar que el acceso a zonas restringidas sea sea exclusivo para los fines. *Verifique la señalización, y las rutas de ingreso, de evacuación y salidas de emergencia estén acordes con el establecido por el plan institucional de emergencias.
2.9	ACCESO A DISCAPACITADOS	Siendo una institución Hospitalaria, debe contar garantizar el acceso a población discapacitada	Si maneja pacientes con discapacidad cognitiva deberá contar con elementos de protección contra lesiones, autoinflingidas o a terceros, proyecciones de los tomacorrientes, caídas al aire libre, ausencia de elementos fácilmente rompibles como espejos o ventanas o estas deberán contar con protecciones que eviten el alcance por parte de los pacientes.				verifique que los implementos y objetos de trabajo sean de manejo exclusivo del funcionario, que se ajuste a las circunstancias medico hospitalarias para manejo de pacientes con discapacidad cognitiva (psiquiátricos)
TOTAL							

6.6.3 Estándar No. 3: Dotación y Evaluación Computacional (Ver Anexo: Estándar No: 3): El objeto del estándar es evaluar que el área de facturación esté dotado con los equipos, aplicativos, muebles e insumos suficientes y se disponga de un sistema de mantenimiento que permita al funcionario operar de manera ágil y eficiente.

Con el instrumento, se evalúa de manera integral el componente de dotación del área de facturación. Incluimos criterios como equipos, redes, y requisitos mínimos que debe cumplir el aplicativo de facturación como herramienta informática del área

Para evaluar el estándar aplicamos el instrumento definido como Estándar No. 3 como a continuación se describe

Figura 9. Estándar No. 3

SINERGIA		INSTRUMENTO DE VERIFICACION Y EVALUACION DEL AREA DE FACTURACION EN SALDO						
AUDITORES MÉDICOS		CÓDIGO: SA-03	VERSIÓN SA - 002	ESTÁNDAR 3				
3. AUDITORIA DE SISTEMAS COMPUTARIZADOS – DOTACION, EQUIPOS PARA FACTURACION, CONSOLIDACION DE FACTURAS SOPORTES, COBROS, GLOSAS. OTROS CRITERIOS A EVALUAR DEL SISTEMA Y/O APPLICATIVOS DE FACTURACION, AUDITORIA POR AREA AUDITADA Y SU PROCESO								
CÓDIGO	CRITERIO	QUE ESPERAMOS	QUE VERIFICAR	A	AN	NA	OBSERVACION	MODO DE VERIFICACION
3.1	HARDWARE	Toda IPS debe contar con equipos de cómputo para facturar servicios de salud. Entre mayor complejidad, mayor número de equipos, enlazados en red	* Todos los puntos de facturación deben estar dotados con equipo de cómputo completo que incluyen impresora					*Verificar inventario del área *Verificar número de puntos de facturación con su dotación respectiva *Verificar si están en red. *Verificar capacidad de la red y del servidor *Verificar hoja de vida de los equipos
3.2	SOFTWARE	Toda IPS debe contar con un aplicativo para facturación que abrevie y automatice la información	Si tienen diseñado un programa o un aplicativo para facturación, o se hace manualmente					*Verificar si el aplicativo, programa o formatos esta diseñado por la institución o si es adquirido, aplique según el tipo de institución, sea consultorio, institución de primer,segundo, tercer o cuarto nivel de complejidad. Tenga en cuenta la capacidad. *Verifique módulos con los que cuenta el aplicativo. (mínimamente verificar base de datos, admisión del usuario, tarifas por contrato, código de servicios, manuales tarifarios, códigos del cie 10, histórico por usuario, factura individual por centro de costos, estadísticas,) *Verificar hoja de vida del software

3.3	MUEBLES Y ENCERES	Todos los puntos de facturación deben contar con dotación completa que permita operar al funcionario con comodidad	La dotación mínima debe ser: mesa de cómputo, sillas giratorias ergonómicas, papelería, estantes para archivar información, ventiladores (dependiendo del clima), silla para usuarios en urgencias y admisiones (vale compartidas con sala de espera de los servicios)				*Verificar inventario. *Confrontar inventario con lo observado
3.4	COMUNICACIÓN	Todos los puntos de facturación deben estar dotados con líneas telefónica que permitan comunicación interna y externa, fax e igualmente contar con acceso a Internet.	*Tipo de líneas telefónicas *Tipo de conexión a internet				*Comunicación interna, comunicación externa, telefonía celular. *Permisos que se requieren para telefonía celular o larga distancia *Acceso y restricciones a internet, velocidad para la navegación.
3.5	INSUMOS	El área debe contar con todos los insumos necesarios para operar	Deben disponer de: Papel, hojas carbonadas, lapicero, lápiz, borrador, cosedora, perforadora, grapadora,				*Verificar suficiencia de insumos *Verificar lista de pedidos de insumos
3.6	MANTENIMIENTO SOFTWARE, HARDWARE, REDES	La Institución debe contar con un plan de mantenimiento de equipos y aplicativos y redes, que incluya actualización de los mismos	*Contrato para el mantenimiento *Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos *Actualizaciones al aplicativo *Experiencia e idoneidad de quien está encargado del mantenimiento				*Solicitar el contrato de mantenimiento que incluya plan y cronograma para mantenimiento preventivo de equipo y redes *Verificar cumplimiento del cronograma y su registro en cada hoja de vida del equipo *Verificar actualizaciones hechas al software *Verificar que el personal encargado del mantenimiento sea idoneo para la materia (ingeniero de sistemas, técnico en sistemas dependiendo de la complejidad de la Institución)
3.7	MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES FÍSICAS Y DOTACIÓN	La institución debe contar con un plan de mantenimiento de infraestructura física, preventivo y correctivo, así como de la dotación inmobiliaria	*Contrato para el mantenimiento de infraestructura y dotación. *Plan de mantenimiento preventivo y correctivo *Experiencia e idoneidad de quien está encargado del mantenimiento				*Solicitar el contrato de mantenimiento que incluya plan y cronograma para mantenimiento preventivo de instalaciones físicas. *Verificar cumplimiento del cronograma *Verificar que el personal encargado del mantenimiento sea idoneo para la materia (Técnico en construcción, ingeniero civil, dependiendo de la complejidad de la Institución)

3.8	AJUSTES Y ACTUALIZACIONES	De acuerdo a la necesidad de la institución el software debe ser sujeto a ajustes y actualización periódica	Si el departamento de facturación de la institución que opera el software, sugiere ajustes de acuerdo a las necesidades, y si se hace evaluación periódica al programa				<p>*Verificar si hay evidencia de desarrollo del programa informático propio.</p> <p>*Verifique la existencia de un aplicativo adquirido con la licencia respectiva.</p> <p>*Verifique si se registra mejoras al programa de acuerdo a sugerencias documentadas,</p>
3.9	SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	Debe existir seguridad en el manejo de la información del área de facturación, a través de puntos de control, permisos, accesos restringidos, copias de seguridad etc.	*Se debe contar con copias de seguridad de información obtenidas diariamente, ubicadas en un lugar diferente al área. *De acuerdo al perfil del operario del aplicativo debe estar identificado el usuario con su contraseña que le permita operar y le restrinja algunas funciones como por ejemplo a los facturadores eliminar facturas.				<p>*Verificar encargado de copias de seguridad, ubicación de las mismas</p> <p>*Verificar permisos en el aplicativo de acuerdo al perfil.</p>
3.10	OPORTUNIDAD EN LA FACTURACIÓN	Toda la facturación debe estar lista en los 20 primeros días del mes siguiente al periodo facturado. El software debe ser de fácil manejo	La institución tiene diseñado un plan de facturación por periodos				Verificar, si se tiene la facturación con cortes que permita ingresar la totalidad de la facturación los 20 primeros días a los contratantes, se otorga el criterio a la facturación con tiempo no mayor a 20 días después del mes vencido a la prestación del
3.11	EL APLICATIVO EN LA CAPTURA Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	Todos los servicios prestados deben ser facturados por la institución y la información capturada a través del uso del aplicativo	(La institución brinda la oportunidad y efectividad y seguridad de facturar la totalidad de los servicios a los usuarios, que mecanismos de control operan.				Verificar los estándares de oportunidad de la facturación y que instrumento utiliza. Si los servicios ambulatorios programados congestionan los demás servicios.
3.12	EL APLICATIVO EN LA CAPTURA Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	Todos los ingresos a la institución deben ser capturados a través del registro en el aplicativo	Se registran el 100% de los ingresos?				<p>*Observe si existe instrumento de verificación de todos los ingresos, como censos, listado de citas, número de fórmulas y confronta con los datos del aplicativo.</p> <p>*Verifique si la Institución aplica este tipo de control para control de ingresos</p>

3.13	EL APLICATIVO EN LA CAPTURA Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	La Institución debe tener control sobre todos los egresos hospitalarios, los cuales deben quedar registrados en el aplicativo	Que existan mecanismos que permitan control de los egresos hospitalarios.				*Verifique si la institución tiene implementado y documentados mecanismos para el control de los egresos hospitalarios, por alta clínica, remisiones, contra remisiones, entre la facturación, la consolidación de facturas, listados que disponen los porteros de la institución y confronte con los datos suministrados por el aplicativo
3.14	APLICATIVO Y TIEMPOS PARA FACTURACIÓN	Se debe tener estandarizados los tiempos para facturación de acuerdo al grado de complejidad del servicio prestado (Tiempo para una urgencia, para una atención ambulatoria, para un egreso hospitalario, para un procedimiento quirúrgico), acorde con la facilidad que ofrezca el aplicativo de facturación	Si la Institución tiene estandarizados los tiempos de cada proceso o actividad de facturación de acuerdo al grado de complejidad del servicio, teniendo en cuenta la velocidad en que corre el aplicativo y el grado de dificultad que ofrezca el mismo				*Verificar, si se tiene tiempos estandarizados. *Verificar indicadores y planes de mejoramiento *Evaluar subjetivamente el concepto de los facturadores sobre velocidad y grado de dificultad para operar el aplicativo
3.15	APLICATIVO FACTURACIÓN EN TIEMPO REAL	Excepto urgencias, todos los servicios deben ser facturados en tiempo real	Si la institución factura en tiempo real				Verifique si existen procedimientos realizados sin facturar a más de 24 horas.
3.16	CONTROL DE LA INFORMACIÓN	Debe haber en la institución un punto de control de la facturación en la preauditoría de cuentas que compruebe que todos los servicios solicitados fueron adecuadamente facturados y que este tipo de control no supere los 20 días posteriores al cierre mensual	¿Cuáles y que tipo de controles se le hacen a la facturación y en que puntos?				verifique que procedimientos se tiene establecido para control de la pre facturación y facturación, se otorga el criterio siempre y cuando no se superen los 20 días después del cierre mensual.
3.17	CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA FACTURAR, SUFICIENCIA DE PERSONAL	La entidad debe garantizar que todo los servicios prestados sea facturado en tiempo real, con personal suficiente, sin recarga y sin represar información y con un aplicativo que sea rápido y fácil de manejar de acuerdo al nivel de sus operarios	De acuerdo al nivel de complejidad y a los servicios que oferte según su portafolio, verificar si la institución tiene la capacidad resolutiva para atender las necesidades las 24 horas del día en aquellas instituciones que tienen servicios de urgencias, cirugía, y hospitalización				*Verificar servicios declarados confrontado con portafolio de servicios. *Verificar, si la Institución ha realizado un estudio que permita establecer la capacidad resolutiva

3.18	CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA FACTURAR, SUFICIENCIA DE PERSONAL	La entidad debe garantizar que todos los servicios prestados sean facturados en tiempo real, con personal suficiente, sin recarga y sin repesar información	De acuerdo al nivel de complejidad y a los servicios que oferta según portafolio, la institución tiene la capacidad resolutive para atender las necesidades de facturación de servicios ambulatorios dentro del horario laboral? o se requiere personal supernumerario, o pagar horas extras, etc.				<p>*Verificar los archivos y/o registros informáticos</p> <p>*Verificar servicios declarados confrontado con portafolio de servicios.</p> <p>*Verificar, si la institución ha realizado un estudio que permita establecer la capacidad resolutive</p> <p>*Verificar horas extras pagadas a personal, contrato de personal supernumerario, temporal, indirecto para cumplir con la tarea de facturación</p> <p>*Verificar estudios al aplicativo que califiquen su grado de dificultad y velocidad</p>
3.19	PAPEL DEL APLICATIVO EN EL CONTROL DE RIESGOS	Dentro del aplicativo debe haber suficiente seguridad que impida que un evento no contratado con la entidad sea facturado por ésta y por tanto sea sujeto de no pago	Que el aplicativo con restricciones para facturar los eventos no contratados. Se debe indagar sobre los mecanismos que bienen implementados para facturas estos eventos.				<p>*Verifique si el aplicativo o sistema de facturación brinda apoyo al operario en alerta o bloqueo frente a facturación de un servicio no contratado.</p> <p>*Verifique si hay alternativa de partición de facturas para diferentes aseguradores o pagadores cuando concurren 2 o mas (ejemplo: POSYGA, EPS-S, SOAT).</p> <p>*Haga un un simulacro de factura para eventos POS-S, POS- ARP, vinculado, por niveles de complejidad.</p>
3.20	PAPEL DEL APLICATIVO EN EL CONTROL DE RIESGOS	La entidad debe optar por prestar los servicios contratados, pero puede ocurrir que haya un evento prestado y facturado difícil de cobrar por no estar pactado dentro del contrato	Los mecanismos que se han implementado en términos de prevención para evitar facturar eventos de difícil cobro.				<p>* Verificar si hay un listado de procedimientos considerados como de difícil cobro por parte de la institución.</p> <p>*Verifique y determine dsbidades en el sistema que pueden llevar a error en la facturación.</p> <p>*Verifique si el aplicativo dispone de una señal de alerta cuando se ingresan y facturan estos servicios</p> <p>*Verifique casos documentados al respecto.</p>
3.21	PAPEL DEL APLICATIVO EN EL CONTROL DE RIESGOS	La entidad debe disponer de un mapa de riesgos en facturación que le permita identificar los errores más frecuentes y diseñar planes que mitiguen el error y sus consecuencias	Identificar los mecanismos implementados por la institución para la detección y corrección de errores en la facturación, así como actualizaciones en el software que minimicen el error				<p>*Solicite y verifique el mecanismo de seguridad del software, frente a la anualidad de facturas y la persona responsable, que debe estar delegado solicita documento. Que evite eventualidades (fraudes, sabotajes, inseguridad, descontrol, incapacidad, ineficiencia</p> <p>*Solicite listado de los errores más frecuentes ocurridos en facturación y sus planes de mejora.</p> <p>*Verifique que la entidad haya realizado un análisis de causas que conlleven al error</p> <p>*Solicite tendencias en la frecuencia de errores en el tiempo y el impacto de los planes de mejora desarrollados por la institución</p> <p>*Verifique las mejoras en el aplicativo que ayuden a minimizar el error</p>
3.22	LICENCIAS	Todo aplicativo debe contar con su licencia	El aplicativo o sistema de facturación de la institución tiene formalizados los manuales de funcionamiento o instructivos de manejo.				<p>*Verifique la existencia de licencia, manuales de funcionamiento, instructivos, permisos, y que estén al alcance del funcionario que coordina el área.</p>
3.23	BONDADES DEL SOFTWARE	El aplicativo de facturación debe ser bondadoso con otros aplicativos, tener interfaces para aprovechar mejor la información	Si la institución cuenta con otros aplicativos, en que punto se hace interfase con el aplicativo de facturación (inventarios, cartera, etc)				<p>Verifique bondades del sistema, solicitando infomación cruzada desde el aplicativo de facturación: Ejemplo facturación de farmacia con inventario de medicamentos,</p>

3.24	RELACIÓN ENTRE ÁREAS (INTERDEPENDENCIA)	Facturación debe ser un proceso transversal	Si el proceso de facturación de la institución tiene integración con otros procesos institucionales asistenciales o administrativos?				Verifique la interrelación del aplicativo entre todas las áreas de producción, en especial la de inventarios, insumos con el área administrativa y gerencial.
3.25	MANEJO DEL APLICATIVO	Todos los funcionarios adscritos a facturación deben conocer y manejar el aplicativo. (Tener en cuenta que hay entidades en donde la mayor parte de personal es contratado por modalidad de servicios indirectos)	Si el o los facturadores conocen bien el programa que manejan en el área de facturación y si reciben más de 4 capacitaciones al año				Verifica la inducción dada al funcionario, la periodicidad de las actualizaciones, y la experiencia, documentada.
3.26	NIVEL DIRECTIVO EN EL APOYO AL ÁREA DE FACTURACIÓN	El nivel directivo debe apoyar al área de facturación con un programa adecuado de inducción, capacitación periódica, facilitar acceso a educación continuada y actualización por el cambio normativo permanente del sistema. Además debe apoyar la actualización del aplicativo acorde con las necesidades de operación, así como la renovación de equipos que se requieran	*Si existe apoyo al área mediante un plan anual de capacitación, actualización y educación continuada que incluya al personal del área. *Si cuenta con un programa de inducción a personal definido con temas específicos, responsables, tiempo y evaluación				*Verificar plan anual de capacitación, que incluya cronograma y el área de facturación. *Programa de inducción y re inducción en temas relacionados con contratos, glosas; se otorga el criterio si se documentan apoyos mínimos, otorgue criterio se es como mínimo 1 cada mes. *Actualización del software, renovación de equipos
3.27	FLUJOS DE INFORMACIÓN	El acceso a la información debe ser a todo nivel con las restricciones previstas por perfil.	Si existe flujo de información entre doble vía en toda la organización manual o sistematizada				*Verifique informes generales periódicos mínimo una vez al mes, provenientes de cada centro de costo verifique de lo facturado según en número de contratos existan. *Verifique a que información del área de facturación accede el nivel gerencial, cartera y de coordinación
3.28	PAPEL DEL SOFTWARE EN LA IDENTIFICACIÓN DE USUARIOS	*El aplicativo o instrumento de facturación que utiliza el prestador debe estar alimentado con todas las bases de datos de los usuarios cargadas por asegurador y permitir una consulta ágil en el momento que se requiere. *En sistemas manuales deben tener listados actualizados	*Si los facturadores de la institución pueden consultar de manera ágil los usuarios e identificarlos al momento que solicitan el servicio. *Si la facturación es manual, disponer de listados impresos o acceso a llamadas a call center para verificar derechos				Verifique el procedimiento utilizado para verificar derechos, si se cuenta con herramientas, ágiles, oportunas durante las 24 horas, internet, teléfonos, fax, que se garantice acceso a cada centro de costo.
3.29	SOPORTES PARA FACTURACIÓN	La entidad debe contar con una guía que contenga los soportes requeridos por asegurador para facturación. En sistema automatizado, cargarlos para consulta fácil, en sistema manual, tener una guía impresa en cada punto de facturación	Si en la Institución están difundidos y se conocen los documentos necesarios para soportar la facturación de servicios a usuarios según asegurador y plan de beneficios				*Verifique si el aplicativo está alimentado con esta herramienta y es de fácil consulta *Si es manual la facturación o no está incluida en el aplicativo, verifique la existencia de una guía que contenga mínimamente, asegurador, soportes necesarios como requisito para la presentación de una cuenta de cobro para cada modalidad de plan de beneficios
TOTAL							

6.6.4 Estándar No. 4: Procesos Procedimientos y Papeles de Trabajo (Ver Anexo: Estándar No: 4): El objeto del estándar es evaluar que en facturación estén documentados los procesos prioritarios del área, estén socializados, sean conocidos por los operarios y se cuente con los manuales, guías o instrumentos que faciliten el trabajo del operario y mejoren los el desempeño y resultados del área.

Con este instrumento podemos evaluar de manera integral los procesos y procedimientos al interior del área de facturación, teniendo en cuenta que estos son factor clave de éxito debido a que unifica criterios de operación, define rutas, y facilita el trabajo del área así como su evaluación

Para evaluar el estándar aplicamos el siguiente instrumento definido como Estándar No. 4 como a continuación se describe

Figura 10. Estándar No. 4

SINERGIA AUDITORES MÉDICOS		INSTRUMENTO DE VERIFICACION Y EVALUACION DEL AREA DE FACTURACION EN SALUD						
		CÓDIGO: SA-04		VERSIÓN SA - 002		ESTÁNDAR 4		
4. ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS EN FACTURACION Están documentados el procesos de facturación, guías o definidas. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento. Interrogue, evidencie y verifique si los procesos o procedimiento definidos en las tablas de detalle, papees e instrumentos de trabajo para control, por servicios se tienen centralizadas o se encuentran en cada puesto de servicios. En este caso la verificación se realizará en el recorrido por cada puesto ubicado de facturación, evidencie los mecanismos utilizados para su implementación y si es conocidos por todos los operarios del proceso o procedimiento.								
CO DIG O	CRITERIO	QUE ESPERAMOS	QUE VERIFICAR	N	AN	NA	OBSERVACION	MODOS DE VERIFICACION
5.1	MAPA DE PROCESOS	La entidad debe contar con un mapa de procesos y dentro de este identificar a facturación como macroproceso o procedimiento	Si la entidad cuenta con un mapa de procesos, y dentro de este estén definidos y documentados los procesos, procedimientos, y actividades del área de facturación?					*Solicitar mapa de procesos y ubicar en que punto se encuentra facturación *Solicitar manual de procedimientos debidamente aprobado

5.2	CONTENIDOS	Centro del proceso o procedimiento definido para el área se deben tener claros las entradas, los insumos, las salidas,	Entradas, salidas, actividades, responsable, tiempos, flujogramas				verifique esta condición, si el proceso se ajusta a las entradas, o la prestación del servicio, bases de datos de las EAPB, y o las salidas de las facturas.
	GUÍAS DE FACTURACIÓN	Debe existir en la institución un manual o guía de facturación de por lo menos las 10 procedimientos facturados con más frecuencia que permita la consulta fácil al operador de facturación en caso de necesitar ayuda y sirva de apoyo a personal nuevo en el área	Si la institución dispone de guías				*Verifique la existencia de la guía la cual mínimamente debe contener, procedimiento, código, componentes (grupo quirúrgico, insumos, etc.) soportes que se requieren. *Verifique que esta guía esté disponible para consulta en cada centro productivo y contenga las 10 cajas mas frecuentes de liquidación en el servicio. *Verifique actualización de la informaciónG
5.3	SOCIALIZACIÓN DE PROCESOS	Los procesos y procedimientos de la Institución en materia de facturación deben estar socializados con el personal del área y ser conocidos por todos.	¿Los procesos, procedimientos, guías son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación?				*Verifique actas de socialización *Verifique que en el plan de inducción de la entidad se contemple la capacitación en procesos y procedimientos del área *Consulte si los funcionarios participaron en su elaboración. *Haga preguntas sobre un proceso determinado y evalúe el grado de conocimiento del personal
5.4	SOCIALIZACIÓN DE PROCESOS	Los procesos y procedimientos de la Institución en materia de facturación deben estar socializados con el personal del área y conocidos por	¿Los procesos, procedimientos, guías son conocidos por el personal en entrenamiento?				Los ítem anteriores dirigidos a personal en entrenamiento ó práctico.
5.5	PREVENCIÓN	Debe existir en la Institución un plan de contingencia que permita operar en eventos que implican alto flujo de usuarios como catástrofes, eventos terroristas, accidentes masivos, etc.	¿Se tiene establecidos planes de contingencia en eventos emergentes y urgentes, congestiones y demás eventos previsible, existe análisis previo.				verifique si hay plan de emergencia si el área de facturación este articulado al plan de emergencia institucional, o si se prevé un mecanismo para las eventuales congestiones en los servicios, verifique su documentación y el responsable.
5.6	PAMEC	La Institución debe contar con un programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad que incluye al área de facturación	¿Se tienen definidos programa y procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de facturación.				*Verifique PAMEC documentado, en el que se evidencia, priorización de procesos de acuerdo a una selección objetiva (matriz de priorización), en el que haya definición de la calidad esperada, recolección periódica de la información, es decir la ruta crítica PHVA. *Verifique si dentro de ese PAMEC en el hacer, se tiene contemplado un seguimiento a glosa y causas que le generen

5.7	NORMATIVIDAD	Toda institución debe estar actualizada y actuar bajo el sistema normativo para facturación y sistema general de seguridad social en salud	¿Se tiene en cuenta lo establecido por Contaduría general de la Nación circular 035 de 2000, resolución 3374 de 2000, decreto 3260 de 2004, y demás que lo regulan, en relación a las glosas, manejo contable y facturación,				verifique los manuales establecidos para soportar una factura, e inspeccione un 10% de un paquete de facturas, si encuentra anomalía revise el 100%. Verifique tarifas, manuales tarifarios ajustados, cobros de copagos, cuotas moderadoras, periodos de vencimientos de cobros, glosas, registros y notas contables, notas créditos, débitos.
5.8	NOTIFICACIÓN A LOS ASEGURADORES	Las instituciones deben cumplir con la norma y los acuerdos contractuales de notificación de obligaciones de urgencias a la EPS	¿Se prestan las urgencias durante las 24 horas del día y se garantiza la facturación durante las 24 horas. Se informan las urgencias a los aseguradores dentro de las primeras 12 horas hábiles.				Verifique la programación de turnos y el responsable, verifique en el sistema o manualmente los ingresos en 24 horas, y confrontalos con los que lleva el libro de novedades en el servicio de urgencias, por enfermería o caldería.
5.9	SEGURIDAD AUTOMÁTICA	Si la institución cuenta con un aplicativo, este debe tener un mecanismo automático que alerte al funcionario sobre un evento que no puede facturar o impide facturarlo	¿Tienen las aplicaciones o programas de facturación mecanismos de alarma- alerta para actividades no POS-S y no lo no contratadas.				verifique si la aplicación informática para la facturación dispone de mecanismos para verificar derechos coberturas; verifique que mecanismos implementan para asegurar que el servicio que se presta será facturado, cobrado y pagado.
5.10.	CAMBIO DE TURNO	Debe existir un procedimiento y registro de entrega de turno que contenga las novedades del turno, las pendientes y los problemas	¿Cuenta la institución con procedimientos para la entrega de turno por parte de facturación?				verifique los mecanismo implementados para la entrega de turnos, pendientes, novedades verifique su documentación
5.11	CONFIRMACIÓN DE INGRESOS Y VERIFICACIÓN DE DERECHOS	Debe contar la institución con un procedimiento que permita verificar usuarios por cada servicio como censos, listados, a los cuales se les haya verificado derechos o se	¿Cuenta la institución con proceso estandarizado diario para la verificación diaria de pacientes y confirmación de derechos de los usuarios y el responsable del pago por los servicios?				*Verifique censos y como fluye la información desde el servicio al facturador. *Verifique que los usuarios de determinado servicio tengan su autorización correspondiente máximo 24 horas después de su ingreso *Verificar si está definido el responsable del pago por usuario en cada servicio
5.12	MEDICAMENTOS POS Y NO POS.S	La entidad debe tener definido un formato para la justificación de medicamentos NO POS -S y el facturador debe estar atento del evento para poder cobrarlo	*Si la institución cuenta la con instrumento para la verificación de administración de medicamentos , la verificación de derechos de los usuarios y el responsable del pagopor concepto de ese medicamento *Si el médico de la institución diligencia el formato de justificación de medicamento NO POS-S y si este es enviado con oportunidad al asegurador para el CTC				*Verificar formato de justificación de medicamentos no POS-S *Verificar procedimiento adoptado por la entidad para el trámite de los mismos

5.13	FACTURACIÓN DE MEDICAMENTOS	La Institución debe contar con un sistema que permita el control de medicamentos administrados confrontado con inventarios	¿Cuenta los funcionarios con mecanismos de control para la facturación cada vez que se administra medicamentos?				<p>*Verifique planillas de registro de administración de medicamentos</p> <p>*Verifique la documentación del procedimiento para registro y facturación de medicamentos</p> <p>*Verifique como se hace el seguimiento</p>
5.14	FACTURACIÓN DE PACIENTES REMITIDOS	La institución debe contar con un acuerdo o acto administrativo que defina tarifas de transporte terrestre, aéreo, marítimo, con tipo de acompañante (médico, enfermera profesional auxiliar)	<p>*Si la institución cuenta con las tarifas aprobadas por el organismo competente para traslado de pacientes</p> <p>* Si Cuenta la institución con mecanismos de control para la facturación cada vez que sale un paciente remitido o referido en ambulancia o cualquier otro tipo de</p>				<p>*Verifique la documentación del procedimiento y como se hace el seguimiento</p> <p>*Verifique si se tiene normado las tarifas y si están autorizados por la junta directiva de las ems u organismo competentes, si esta publicadas y son conocidas por todos.</p>
5.15	FACTURACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO	La institución debe disponer de un procedimiento para facturar servicios de apoyo diagnóstico	¿Cuenta la institución mecanismos de control para la facturación cada vez que se presta un servicio de apoyo diagnóstico interno o externo.				Verifique la documentación del procedimiento y verifique como se hace el seguimiento
5.16	FACTURACIÓN DE DISPOSITIVOS BIOMÉDICOS	Se debe disponer de facturas de compra de dispositivos biomédicos con especificaciones técnicas, garantías, registros específicos y	¿Cuenta la institución con mecanismos de control para la facturación cada vez que se usan dispositivos o prótesis y artesis, se verifican las especificaciones de lo que se factura?				<p>*Verifique la documentación del procedimiento y verifique como se hace el seguimiento</p> <p>*Verifique alguna factura de compra de dispositivo biomédico que se haya colocado a un paciente y se haya facturado, confronte precios y especificaciones</p> <p>*Verificar cuales son los dispositivos de mayor rotación</p>
5.17	FACTURACIÓN SERVICIO FARMACÉUTICO AMBULATORIO	Debe contar con un procedimiento definido para la facturación de medicamentos incluidos los de control	¿Cuenta con mecanismos de control para la facturación cada vez que se hace uso en el servicio farmacéutico?				<p>Verifique documentación del procedimiento y verifique como se hace el seguimiento</p> <p>*Verifique responsable de facturación de medicamentos</p>
5.18	OBJECIONES	La entidad debe contar con un procedimiento definido en caso de devolución de facturas y generación de glosas por parte del pagador	¿Cuenta con mecanismos de para el análisis de devoluciones de cuentas y glosas				<p>*Verifique procedimiento que incluye tiempos de respuesta, nivel de respuesta (si es de competencia del auditor, del médico, del especialista, del que participó en el proceso de atención)</p> <p>*Causas de glosa más frecuentes</p> <p>*Planes propuestos por la entidad para mejorar el índice de glosa y llevarlas a cero.</p>

5.1.9	INDICADORES	El área de facturación debe contar con indicadores mínimos que permitan evaluar el desempeño del área	Si la institución cuenta con indicadores y cuáles son						*Verifique los indicadores, comparación de glosa, proporción de eventos facturados con relación a servicios prestados, peso porcentual de facturación por áreas, cumplimiento en facturación en los primeros 20 días calendario al mes siguiente del período facturado. El indicador de glosa no debe ser mayor del 8%.
		TOTAL							

6.6.5 Estándar No. 5: Historia Clínica y Registros: (Ver Anexo: Estándar No. 5): El objeto de este estándar es evaluar todos los registros y soportes necesarios para el proceso de facturación y garantizar que toda persona atendida cuente con su factura individual. Que se cuente con un manejo adecuado de los registros clínicos que hacen parte de la historia clínica, se garantice la custodia y se minimice el riesgo de pérdida de registros.

El instrumento permite evaluar de manera integral todos los registros que apoyan la factura incluyendo la historia clínica, documento privado de carácter legal al cual tiene acceso personal de auditoría y de facturación. Para evaluar este estándar aplicamos el siguiente instrumento denominado estándar No. 5 así:

Figura 11. Estándar 5

SINERGIA AUDITORES MÉDICOS		INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL ÁREA DE FACTURACIÓN EN SALUD						
		CODIGO: SA-05	VERSIÓN SA-002	ESTÁNDAR 5				
FUENTES Y REGISTROS EN EL ÁREA DE FACTURACIÓN, USO DE LA HISTORIA CLÍNICA, CUSTODIA, PRIVACIDAD, Y SEGURIDAD, CONTRATACION, GENERACION DE FACTURAS.								
5. Estándar: Historias clínicas y registros clínicos, instrumentos y papeles de trabajo, manejo, custodia, discrecionalidad y condiciones mínimas necesarias en el manejo de los instrumentos fuentes para una adecuada facturación.								
No.	CRITERIO	QUE ESPERAMOS	QUE VERIFICAR	N	AI	RA	OBSERVACION	MODE DE VERIFICACION
5.1	CUSTODIA	Teniendo en cuenta que la historia clínica sirve de soporte para facturación, ésta debe estar bajo custodia y sometida a la reserva como lo dispone la Ley	Cumple con custodia y reserva la historia clínica?					*Verifique cadena de custodia *Verifique procedimiento para manejo de historia clínica que incluya el acceso a la misma por parte de personal de facturación y auditoría. Igualmente si se están documentadas las limitaciones de accesibilidad, y criterios de privacidad y discrecionalidad y sometimiento a la reserva de la historia clínica.
5.2	CUSTODIA	Teniendo en cuenta que la historia clínica sirve de soporte para facturación, ésta debe estar bajo custodia y sometida a la reserva como lo dispone la Ley	Si la Institución ha definido un mecanismo para la custodia de la historia clínica antes, durante y después de la facturación.					Verifique que exista un formato de seguimiento y custodia de las historias clínicas, que se encuentren foliadas, y que los registros sean realizados exclusivamente por personal autorizado para ello.

5.3	LIBRO	La historia clínica es el documento en donde se registran en forma cronológica todas las actividades y procedimientos que se realizan a un paciente. Sirve de soporte para facturar, verificar pertinencia	Si en la institución se utiliza la historia clínica como instrumento o herramienta de control para la facturación cada vez que se presta un servicio.				Verifique cómo es utilizada la historia clínica en facturación. Soportes más usados (epícrisis, hojas de urgencias, informes quirúrgicos, resultados de exámenes)
5.4	SOPORTES	Por norma y por EAPB están definidos algunos soportes que deben acompañar la factura	Si la entidad tiene definidos por EAPB y por norma los soportes mínimos que deben acompañar la factura y cuenta con un listado de los mismos en cada punto de facturación bien sea manual o automatizado				Verifique que otros soportes se utilizan para la facturación, además de la historia clínica, las facturas de equipos de crisis, facturas de insumos y suministros.
5.5	REGISTROS	Todas las atenciones deben ser registradas y debe haber un comprobante de atención. La institución debe ejercer el control sobre estos registros.	Si la entidad tiene registrada todos los comprobantes de atención y facturas, se lleva un control				Verifique el 50% de la facturación del de las últimas 24 horas en el servicio, si encuentra anomalía, verifique el 100% de estas. Establezca los mecanismos diseñados para anular facturas y quien es el autorizado para hacerlo, quien lo delega y que cargo tiene. (Se sugiere funcionario administrativo de manejo y confianza), con conocimiento en facturación.
5.6	SEGURIDAD EN LA CAPTURA Y LA FACTURA	La entidad debe garantizar que todos los servicios prestados sean facturados	Si en la entidad existen mecanismos alternos de control efectivo y de seguridad para que se facturen todos los eventos.				Verifique mecanismos alternos de registro sirven de apoyo para comparar o controlar lo facturado, listas de ingreso, asignación de camas, libro de ingresos, libro de egresos, verifique el 50% del un servicio y si encuentra anomalía verifique el 100%.
5.7	SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS FACTURADOS	En la entidad se debe disponer de controles que permitan verificar que los servicios prestados están adecuadamente facturados	Si existen mecanismos de control efectivo y de seguridad para que se facturen todas las actividades y procedimientos realizados.				Se tienen implementado mecanismos de verificación, se da participación en el proceso al usuario o a los auditores concurrentes, sobre la veracidad de los hechos, verifique como se evidencian.

5.8	SEGURIDAD EN FACTURACIÓN DE PRODUCTOS E INSUMOS	La entidad debe garantizar que todos los productos, medicamentos, dispositivos biomédicos e insumos se facturen adecuadamente teniendo como soporte facturas de compra, registros INWIHA etc.	Se garantiza que lo facturado al usuario, sea lo administrado, documente este proceso.				Se tienen implementado mecanismos de verificación, se da participación en el proceso al usuario o a los auditores concurrentes, sobre la veracidad de los hechos. Verifique como se evidencian.
5.9	DESTREZA	Los facturadores deben tener el conocimiento y destreza suficiente para facturar procedimientos de bajo, mediano y alto grado de complejidad dependiendo del nivel de la entidad. Se debe contar con una guía que permita la consulta al operador.	Si la entidad tiene definido los 10 procedimientos que se facturan con mayor frecuencia cruzado con las causas de egreso.				Verifique si se tienen establecido las causas más frecuentes de egreso del servicio, si se conocen, si se tienen establecidos modelos de facturación para cada una de las diez causas por año, evidencia estos registros, estandarice facturas y establezca las excepciones más frecuentes.
5.10	REGISTRO SOLICITUD DE AUTORIZACIONES	La entidad debe tener definido un procedimiento para solicitud de autorizaciones a las SAPS, según pacto contractual.	Esta determinado el proceso o procedimiento para la solicitud de autorizaciones de servicios por cada centro productivo.				Verifique si se tiene establecido, y si se conocen, un procedimiento para solicitud de autorizaciones, establezca las excepciones más frecuentes según las SAPS. Verifique listado de entidades, teléfonos, dirección, correo electrónico, fax, celular y demás.
5.11	INDICADORES DE OPORTUNIDAD	La facturación debe hacerse en tiempo real.	Si en la Institución la facturación es oportuna y en tiempo real. Si la institución cuenta con indicador de oportunidad en generar factura individual y global.				"Verifique que la facturación sea oportuna en relación con el egreso del paciente, de tal manera que no permita estancias prolongadas por esta causa, verifique que en pacientes hospitalizado se realice día a día, solicite tiempos por cada servicio, ya que varía de uno a otros, que las entregas se realicen los primeros 15 días de cada mes. "Verifique indicadores.
5.12	INDICADORES Y REGISTRO DE GLOSAS	La entidad debe contar con indicadores de glosa y debe llevar un registro de causas más frecuentes de glosa, así como contar con un procedimiento definido para su respuesta.	Si en la Institución existen mecanismos para contestar las glosas, estén definidas las causas más frecuentes, hay indicadores y han realizado planes de mejoramiento continuo.				"Verifique proceso o procedimiento para responder las glosas, subsanables, la no subsanables, verifique que toda glosa tenga una respuesta, verifique soportes de ingresos y egreso de glosa, no debe ser mayores del 6% al 8%, verifique mecanismos para respuesta de glosas técnicas, administrativas, relación de las causas más frecuentes, plan de mejoramiento y oportunidad en la respuesta que en todo caso no debe ser mayor de 20 días calendario en el área. "Verifique indicadores y

5.13.	CHEQUEO DE AJUSTES Y ACTUALIZACIÓN AL SOFTWARE	La entidad debe monitorear permanentemente las necesidades del servicio, los cambios normativos y hacer ajustes periódicos al sistema, llevando registro pormenorizado de los mismos	El aplicativo de la Institución debe estar ajustado a las necesidades y a la normatividad vigente.				<p>*Verifique periodicidad de actualización y ajustes del aplicativo</p> <p>*Verifique que el aplicativo o programa de facturación esté ajustado a la normatividad vigente a las disposiciones del Min protección social, la DIAN, licenciado, acorde a las necesidades de una institución según su nivel de complejidad, servicios ofertados, capacidad técnica, administrativa y financiera, que garantice actualizaciones, soporte técnico y ajuste a las circunstancias de la institución, que acepte y proponga sugerencias y soluciones, verifique licencia, y derechos de autor.</p>
5.13	DOCUMENTOS DE APOYO	Los facturadores deben conocer modalidad de contrato, tarifas pactadas y aportes acordados por cada EAPB. Disponer de un resumen de lo más importante del contrato automatizado o manual	Si los facturadores conocen los diferentes contratos suscritos con las EAPB y se tiene acceso fácil a esta información				Verifique la capacitación recibida según cada contrato, verifique documentos e indague, resúmenes de contratos, por modalidad, fecha de vencimiento, tipo de contrato, agotamiento de disponibilidades presupuestales, información mínima de aporte para la facturación, condiciones especiales de cada contrato.
5.14	DOCUMENTOS DE APOYO	Los facturadores deben conocer planes de beneficios, copagos, cuotas de recuperación, normas que los regulan. Tener a su disposición las normas que regulan automatizado o manual	Si los facturadores conocen los planes de beneficios, pagos copagos, cuotas moderadoras, tarifas, descuentos y se tiene acceso fácil a esta información.				<p>*Indague sobre los planes de beneficios, manuales tarifarios, cuotas moderadoras y copagos,</p> <p>*Verifique que se tiene medios de consulta, que se recibe constante apoyo y capacitación por los responsables de los servicios</p>
5.15	APOYO AUTOMATIZADO	El software con el que cuenta la institución debe estar alimentado con toda la información de contrato, plan de beneficios, valor de contrato, período del contrato, montos permitidos, etc. que faciliten, dinamicen y aseguren una buena facturación y sirva de herramienta para liquidación, control de la ejecución.	El software de la institución dispone de la modalidad de contrato, períodos de vencimientos, plan de beneficios contratados, agotamiento de los recursos, por cada contrato de manera individual				Verifique si la aplicación o Software brinda apoyo en cuanto a modalidad de contratos, vigencia de contratos, liquidación de copagos y cuotas moderadoras, planes de beneficios, cobertura del plan de beneficios, responsables de pago si existieren dos o más EAPB, que permita separar las facturas por pagados, pero el caso de vinculados, butales y demás planes de beneficios.
5.16	MECANISMOS DE ALERTA	El software con el que cuenta la institución debe disponer de los mecanismos de control y alerta que minimicen el error en la facturación	Existe mecanismos de control del software o limitante en la facturación de un servicios no contratados.				Verifique si dispone de este mecanismo, si se maneja adecuadamente, si no lo tiene por que razón, indispensable para evitar costos de la no calidad de la facturación.

5.17	REGISTROS Y SOPORTES DE FACTURACIÓN	La institución debe contar con una lista de cheques que contenga los soportes necesarios para adjuntar a una factura dependiendo del asegurador. En el caso de accidentes de tránsito incluir todos aquellos que aseguren el cobro efectivo y que difieran de los soportes de los eventos no SOAT, lo cual evita objeciones	Si la institución tiene un documento a manera de lista de cheques automatizada o manual que incluya soportes a adjuntar por asegurador				<p>*Verifique si tienen lista de cheques automatizada o manual de documentos soportes de la factura por asegurador</p> <p>*Verifique si ellas contienen: documento de identidad y carné, soportes de atención como apertura, atención de urgencias, informe quirúrgico, factura de materiales biomédicos, autorización, tarifa, período de facturación</p> <p>*Verifique si para accidentes de tránsito se incluyen: FUNSOAT 1 y 2, montos cubiertos por SOAT, EPS y FOSYGA, tarjeta de propiedad de vehículo y seguro obligatorio, denuncia de accidente de tránsito o acta del accidente con el croquis expedido por la autoridad competente, certificado expedido por la IPS de montos facturados al SOAT</p> <p>*Verifique 2 facturas soat, 2 régimen subsidiado, 2 régimen contributivo</p>
5.18	REGISTRO VERIFICACIÓN DE DERECHOS	La institución debe monitorear y verificar permanentemente los derechos de los usuarios que acceden a los servicios	Deben tener definido un procedimiento para la verificación de derechos de los usuarios y registrar novedades que se presentan al encontrar que un usuario carece de derecho				Verifique si está estandarizado este proceso, según EAPS y si es conocido por los funcionarios, verifique actas o documentos que lo certifiquen. Verifique la accesibilidad a los medios informáticos y tecnología disponible para la información y solicitud de autorizaciones.
TOTAL							

6.6.6 Estándar No. 6: Riesgos en Facturación: (Ver Anexo: Estándar No. 6):

El objeto de este estándar es evaluar los mecanismos implementados por la entidad en el control de riesgos frente al proceso de facturación. El instrumento evalúa de manera integral todos aquellos aspectos que generan riesgo en la facturación y produzcan como consecuencia la objeción o no pago por parte del asegurador.

Para evaluar el estándar aplicamos el instrumento SA 006, denominado seguimiento a riesgos en facturación así:

Figura 12. Estándar 6.

SINERGIA AUDITORES MÉDICOS		INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL ÁREA DE FACTURACIÓN EN SALUD						
		CÓDIGO: SA-06		VERSIÓN SA - 002		ESTÁNDAR 6		
6. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN EL ÁREA DE FACTURACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
<p>6. Estándar: Proteger a la institución y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, de los principales eventos que ponen en riesgos en la facturación mediante la detección de procesos específicos que generan riesgos.</p> <p>1. Interroge sobre el autocontrol, autoevaluación en los servicios, de control interno definidos por el prestador para realizar los procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos. Ha identificado los riesgos que se producen en el servicio de facturación, enumere los que usted considera principales y con alta frecuencia, que generen riesgo para las EAPB y para la institución.</p>								
No.	CRITERIO	QUE ESPERAMOS ENCONTRAR	QUE VERIFICAR	N	AN	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
6.1	RIESGO EN VERIFICACIÓN DE DERECHOS	La institución debe contar con un procedimiento definido para verificación de derechos, lo que permita identificar el pagador	Se identifican y verifican los derechos de los usuarios en el 100% de los casos.					Verifique que mecanismos se implementan para identificar y verificar derechos de los usuarios, planes de beneficios, pagador del servicio para todos los casos. Evidencia documental y haga una prueba, evidencie con el 10% de los usuarios del servicio o centro productivo auditado.
6.2	RIESGOS POR FALTA DE OPORTUNIDAD EN REPORTE, NOTIFICACIÓN Y SOLICITUD DE AUTORIZACIONES	La institución debe contar con un procedimiento definido para notificación, reporte y solicitud de autorizaciones	La oportunidad en el reporte de urgencias y la solicitud de autorizaciones					Indague con qué oportunidad se reportan las urgencias a las EAPB, como máximo las 12 primeras horas. Las hospitalizaciones y demás procedimientos quirúrgicos no urgentes deben tener el 100% las autorizaciones previamente (excepto los contratos captados)
6.3	RIESGOS EN LA FACTURACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS BIOMÉDICOS	Se debe contar con una guía de facturación en las que se identifica procedimiento y los incluye de cada procedimiento, para evitar omitir insumos, dispositivos, servicios y facturar menos de lo efectivamente prestado	Se facturan el 100% de los procedimientos realizados en los quirófanos y salas de procedimiento, se verifican los eventos, materiales, los registros médicos son acordes y brindan la información adecuada, se presta apoyo por parte de los profesionales al personal de facturación.					Indague sobre los mecanismos se implementan para verificar que el 100% de los procedimientos realizados se incluyen en el proceso de facturación. *Verificar si hay el apoyo permanente del profesional (evidencia documental) de la salud responsable *Verifique guía *Si se evidencia la búsqueda activa de los procedimientos e insumos por parte del responsable del área de facturación.

6.4	RIESGOS POR FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA LIQUIDACIÓN DE LA FACTURA INDIVIDUAL	Se deben tener definidos tiempos de acuerdo a la complejidad del procedimiento a facturar	Si se cumplen y/o están establecidos tiempos para liquidar una factura, la oferta instalada es acorde a la demanda de los servicios?				Verifique y cronometre periodos de facturación para las 10 principales causas de egresos en el servicio, si se está estandarizado y si la capacidad instalada es suficiente. Verifique que no se generen estancias prolongadas por esta causa. Verifique este estudio evidencie soporte y haga una prueba.
6.5	RIESGOS EN LA PREAUDITORÍA DE CUENTAS	Debe existir en la institución un procedimiento definido para preauditoría de cuentas	Si se garantiza la pre auditoría de la cuenta médica y si la hace un profesional especializado en auditoría médica.				Verifique la profesión y nivel del responsable de la pre auditoría de cuenta médica, indague la idoneidad del profesional, verifique su periodicidad, la huella del auditor médico, en especial si es una institución de segundo o tercer nivel de mas de 80 camas.
6.6	RIESGOS EN CUSTODIA, SEGURIDAD, INFORMÁTICA, MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Deben estar definidos los riesgos y eventos adversos en el área de facturación a través de un mapa de riesgos, y registros que permitan la notificación y recolección periódica y sistemática de la información. Contar con pólizas, plan de mantenimiento de hardware y software	Si la entidad cuenta con un procedimiento para control de riesgos y define los eventos adversos. Si cuentan con información en la materia y si garantizan el cuidado y custodia de los equipos, software, red; protección de los equipos de cómputo e informática contra pérdidas, daños ocasionados por terceros, por desastres naturales, incendios, inundaciones, etc.				*Verifique mapa de riesgos, informe de eventos adversos, tendencias, planes de mejora *Indague sobre adquisición de pólizas contra todo riesgo, el cuidado y custodia de los equipos y aplicativos, la seguridad, la accountability de las áreas donde se encuentran ubicados los equipos, indague sobre claves de acceso a la red de informática, la privacidad de datos; verifique por que medios se las obtiene y quien es el responsable de todas las claves de acceso; quienes pueden acceder a las áreas y a los equipos, verifique los archivos de respaldo y la cadena custodia de estos archivos dentro y fuera de la institución que garantice la seguridad de la información.
6.7	RIESGOS ATRIBUIDOS A LA IDONEIDAD DEL PERSONAL	El personal de facturación debe cumplir con los requisitos de idoneidad y experiencia exigidos por la institución	Si se garantiza la idoneidad del personal que factura, si se evalúa su desempeño, si se garantiza a los contratistas acceso a capacitación y actualización				*Verifique hoja de vida, experiencia, proceso de selección de personal, evaluación de desempeño, plan anual de capacitación mínimo tres capacitaciones al año, o 20 horas.
6.8	RIESGO ATRIBUIDO A LA VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS	Toda entidad debe tener un sistema de vigilancia adecuado que impida la fuga de usuarios antes del debido proceso y un sistema que impida la suplantación y fraude	Si la Institución cuenta con los mecanismos de vigilancia y control implementados para la custodia seguridad y vigilancia del usuario desde su ingreso hasta que se da el egreso médico.				*Verifique los mecanismos implementados para la vigilancia de los usuarios internados en la institución, frente a posibles fugas, suplantaciones, fraudes y demás hechos que interfieran con la normal facturación, evidencie e indague sobre estos eventos. *Verifique contrato vigilancia

6.9	RIESGOS EN LA CUSTODIA DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS DE FACTURACIÓN	Debe disponer la entidad de un procedimiento definido para custodiar tanto la historia clínica como los registros que se generan en facturación. Velar por su seguridad, integridad y reserva	Si la entidad garantiza la adecuada custodia y manejo de las historias clínicas y demás registros generados en facturación, así como su privacidad, reserva, discreción y seguridad, desde el inicio del proceso de facturación hasta su llegada al archivo clínico y/o área de consolidación en 100% de los casos				<p>*Verifique cadena de custodia</p> <p>*Indague sobre los mecanismos implementados para la vigilancia y custodia de las Historias clínicas y registros de facturación.</p> <p>*Verifique archivo o depósito que garantice la privacidad.</p> <p>*Verifique y evidencie el ingreso de personal ajeno a la dependencia, la seguridad y accesibilidad.</p> <p>*Verifique indicadores de pérdida de documentos o hechos reportados por funcionarios sobre pérdida de historias clínicas o facturas o soportes de facturas.</p>
6.10.	RIESGOS POR FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA FACTURACIÓN	El proceso de facturación es un conjunto cuyo resultado final es generar la factura global por asegurador o pagador. El retraso en la fase de facturación individual, en la consolidación, en la preauditoría generan retrasos en el producto final. Por tanto todos los procedimientos deben ser secuenciales y la entidad debe tener tiempos definidos para ellos	Si se hacen oportunamente las citas médicas, las liquidaciones de las facturas, la pre auditoría de cuentas y el cobro de la cuenta médica. Si la entidad tiene establecido tiempos en cada procedimiento				<p>Verifique la oportunidad en las facturas y registros, tanto para los ingresos como para los egresos, verifique que no se presenten acumulos de trabajo, verifique que la liquidación se haga día a día. Indague con que oportunidad se generan las cuentas de cobro, la normalidad se deben presentar los primeros 20 días de cada mes.</p>
6.11	RIESGOS EN SEGURIDAD INFORMÁTICA	La institución debe disponer de todos los mecanismos que permitan tener segura la información generada	Se garantiza el cuidado y custodia de la información generada y almacenada en los equipos				<p>Verifique la red de custodia de la información, pólizas de seguros, y contratos de custodia y seguridad informática, copias de seguridad generadas y lugar donde se almacenan. Si se almacena a distancia</p>
TOTAL							

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

7.1 INCLUSIÓN.

Se incluye a todas las entidades públicas y privadas de primero y segundo y tercer nivel que presen servicios de salud

7.2 EXCLUSIÓN.

Centros de terapias alternativas y de medicina prepagada.

8. FACTORES DE RIESGO

El principal factor de riesgo en el área de facturación es el cambio normativo permanente al que se ve sometido el sistema de seguridad social en salud, que hace que muchas inversiones en tecnología, especialmente en software, resulten inoficiosas.

No obstante existen otros factores de riesgo tales como, fallas en la captura de datos del usuario, desconocimiento de contratos y tarifas, fallas en la liquidación de servicios, pérdida de soportes de actividades, facturar al asegurador equivocado, etc.

En la actualidad la calidad se mide en la balanza de los beneficios, riesgos y costos. Todo proceso institucional debe ser seguro, debe permitir obtener los mejores beneficios a unos costos racionales.

Un proceso de facturación ideal debe ser seguro (efectivamente estoy cobrando lo que presté); oportuno, es decir facturo inmediatamente presto el servicio y envío la factura para cobro en unos términos establecidos por Ley; debe satisfacer las necesidades y expectativas de la institución (dejar un rendimiento razonable que permita la supervivencia) y finalmente debe permitir obtener unos resultados financieros positivos.

La seguridad se define como el grado en que los procesos de la Institución están protegidos contra daños o fallas ocasionadas como consecuencia de eventos adversos relacionadas con el desempeño del proceso y la medida en que la Institución diseña e implementa mecanismos que logran evitar, prevenir o disminuir la ocurrencia de los mismos. Para ello se hace necesario disponer de un conjunto de estructuras y procedimientos al interior de la organización, enfocados a detectar los riesgos a que se expone el proceso y formular planes de acción proactivos que eliminen o disminuyan su aparición.

Cuando la seguridad se convierte en una cultura institucional y somos conscientes de ella, podemos identificar rápidamente las conductas y situaciones generadoras de riesgos, así podemos desarrollar medidas preventivas o realizar cuidados excepcionales, es decir, contenemos los riesgos.

Al familiarizarnos con los riesgos, conocer cuales son y como se producen, nos ubican en una posición dominante frente a ellos y podemos ejercer verdadero control al dimensionar el problema en todo su contexto. La mayoría de los riesgos

no son fortuitos, arbitrarios o productos de la mala suerte, generalmente surgen por conductas rutinarias, sujetas de observación y por lo tanto son altamente evitables

Todo factor de riesgo puede tener origen en:

- Las personas por falta de conocimiento técnico, de proceso, de actitud y motivación personal.
- En las herramientas de trabajo que pueden ser inadecuadas (software, hardware, redes, comunicación, etc.)
- En los insumos y materiales que pueden ser insuficientes (contratos, tarifas, manuales, guías, etc.)
- En el diseño mismo del proceso que no se ajusta a las necesidades del área
- En la infraestructura física cuando no es adecuada (privacidad, ruido, acceso, incomodidad, etc.)

Podemos homologar los riesgos en facturación a lo que ocurre en el seguimiento a riesgos en los sistemas de salud y clasificarlos de la siguiente manera:

Error: Falla para completar una acción como estaba planeada o el uso de un plan equivocado para alcanzar una meta

Evento adverso en facturación: Incidente desfavorable asociado directamente con el acto de facturar, ejemplo no verificar derechos, no verificar plan de beneficios.

Todo evento adverso produce como consecuencia aumento de los costos directos e indirectos

Los eventos adversos pueden ser prevenibles cuando se observa que en su ocurrencia hubo fallas en la aplicación del proceso y puede ser no prevenible cuando a pesar de ejecutar el proceso de manera adecuada ocurre como por ejemplo un atentado terrorista que deteriore la estructura del área de facturación y se pierdan soportes y archivos de facturación.

Evento centinela en facturación: Es la consecuencia de un evento adverso, ejemplo: glosa por diferencia de tarifa, glosa por servicio no cubierto por el plan de beneficios. No todo evento adverso se convierte en evento centinela si se detecta en el camino.

Siendo tan importante prevenir los errores, los eventos adversos y eventos centinela, es necesario que al interior de la institución se diseñe un plan que se enfoque en la identificación y búsqueda activa de los factores de riesgo a los que

se expone el proceso para minimizarlos, mitigarlos y en el mejor de los casos abolirlos, sin embargo, existen varias limitantes para intervenir los errores en las instituciones, en primer lugar por que no hay conciencia de los mismos, debido que no disponemos de herramientas de seguimiento y medición. Se desconoce la frecuencia, magnitud y consecuencia de los errores. Muchas veces las Instituciones tienen un alto nivel de tolerancia del error y lo permiten como si fuera algo normal en el proceso. Por último cuando se le da un enfoque punitivo al error, se genera una barrera para hablar abiertamente de ellos.

Es necesario tener presente que los errores ocurren en toda parte por que son inherentes a la condición humana, pero cuando se presentan es necesario afrontar el error en forma institucional, abarcando todos los posibles orígenes y que involucre a todo el personal que participa en el proceso.

9. ASPECTOS ÉTICOS

Toda información que se obtenga de las instituciones tendrá el carácter de reservada y confidencial.

10. BIBLIOGRAFÍA.

HERNÁNDEZ MARIO, Reforma sanitaria, equidad y derechos a la salud en Colombia, Departamento de Salud Pública, Universidad Nacional Colombia, 2002.

HOYOS CHAVARRIAGA Germán; OLANO MEJÍA Jorge; abogados, Diario el Pulso Medellín; elpulso@elhospital.org.co ¿Cómo se cobran los servicios de Salud?

MALAGÓN LONDOÑO, Galán Morera, Pontón Laverde, Auditoria en salud para una gestión eficiente, Editorial Médica Internacional Limitada, primera edición, Bogotá Colombia 1998,

Ministerio de Salud. Colombia: Línea base para evaluar proceso facturación de los servicios de salud – criterios de normalidad,

Ministerio de Salud. Colombia: Resolución 5261 de 96, Decretos 2423 de 2006, 723 de 97, 882 de 98, 046 de 2000, Circular 035 de 2000, Decreto 050 de 2003, Decreto 3260 de 2004.

Ministerio de Protección Social. Colombia. Decreto 4747 de 2007.

Concepto de facturación obligatoriedad oficio N° 096617, 27 de Diciembre de 2005.

Enciclopedia de la auditoria, océano/ centrum, editorial española 1996

Kerguelen C.A. Gestione el mejoramiento de sus procesos clínicos. CGH. 2001