EVALUACION DEL AREA DE FACTURACION

AUTORES

OMAR ALEXANDER MEDINA FORERO

CLAUDIA BIVIANA CANO GONZALEZ

ASESOR

ABELARDO GUZMAN HURTADO MD, EAS

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
AUDITORIA EN SALUD GRUPO 37
MEDELLIN
2007

INTRODUCCION

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.(1) Los Hospitales del Estado tuvieron que pasar a ver a los pacientes como usuarios, las instituciones del Estado tienen que ser Empresas Sociales y por tanto tener una estructura financiera propia que les permita ser sostenibles (2)

El adecuado proceso de facturación en salud constituye el medio por el cual una empresa vendedora de servicios puede garantizar su subsistencia al conseguir que la venta de servicios sea por un monto igual o superior a sus gastos.(3) Se destaca la importancia del rol que cumplen los registros contables, los cuales constituyen una fuente de datos que se integran a informes que oportunamente son analizados por los responsables de la organización permitiéndole tomar conocimiento de la marcha de la gestión y en consecuencia adoptar decisiones que orientarán el futuro de la institución.

Por norma legal, toda IPS pública y privada debe facturar y para ello se hace necesario organizar y estructurar dependencias de facturación adecuadas que permitan registrar y liquidar los servicios de salud prestados a todos los usuarios. (1)

El proceso de facturación en Colombia se basa en manuales tarifarios de los cuales en Colombia contamos con el manual tarifario ISS y el manual tarifario SOAT; la implementación de los sistemas de facturación se deriva del marco del SGSSS y se basa en un registro sistemático de los procedimientos realizados y de los servicios prestados.

En el presente texto nos proponemos desarrollar el tema relacionado con la facturación en salud, su definición, su normatividad, su proceso de realización, los elementos que la constituyen así como los principales indicadores relacionados con el área y lo referente al tema de las glosas.

PROCESO DE FACTURACION

El proceso de facturación se define como el conjunto de actividades que conllevan a recolectar y organizar la información que permite liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud que implica la atención del usuario por parte de la entidad prestadora y que inician cuando éste usuario demanda un servicio por parte de la misma.(1) Este proceso exige la expedición de un documento denominado factura o su equivalente, que permitirá realizar el cobro al paciente en caso de atención particular o a la entidad aseguradora del usuario (EPS, EPSS, etc.) con la que se tiene una relación contractual o posterior a la atención de un evento catastrófico, accidente de tránsito o atención de urgencias.(3)

Dadas las características del SGSSS, la IPS debe realizar un registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario y realizar el cobro a cada pagador según indiquen los acuerdos contractuales existentes con los mismos (1)
La información recolectada puede ser de utilidad además para fines estadísticos, epidemiológicos, contables y para toma de decisiones tanto a nivel gerencial como operativo de la empresa.

Pese a no estar obligadas a expedir facturas de venta, sino un documento equivalente a la misma, las empresas del Estado sí están en la obligación de llevar a cabo el proceso de facturación. Lo anterior se encuentra definido en el artículo 17 de la Resolución 1001 del 8 de abril de 1997. (3)

EVALUACION DE LA FACTURACION

Es el proceso de análisis, realizado por auditores y personal administrativo, en el que se evalúa la documentación que acompaña a la facturación generada por los procesos de atención al usuario, contando con metodología, herramientas y lenguaje técnico que conduce a la revisión de las facturas generadas por el prestador del mismo servicio y en el cual se verifica la concordancia entre los servicios prestados y los facturados. (4)

Pretende medir y evaluar la calidad del servicio de facturación, los niveles de eficiencia, eficacia y la utilidad que prestan a la IPS o EPS. Se realiza a través de la revisión de las facturas radicadas y los documentos que las soportan establecidos según las normas o de acuerdo a lo convenido en los contratos con los prestadores.

Esta revisión se puede clasificar de dos formas: la primera es una revisión realizada al mismo tiempo que se genera el uso de los servicios (revisión concurrente de la facturación); la segunda es la realizada posterior a la prestación del servicio (revisión retrospectiva de la facturación). La primera forma de facturación es una herramienta que permite una pronta detección de potenciales servicios a ser pagados aunque tiene la desventaja de ser inicialmente más costosa (4)

Dada la importancia de la facturación en los servicios de salud se reconoce la necesidad de implementar un sistema de evaluación para el área con el objetivo de verificar su adecuado funcionamiento.

OBJETIVO GENERAL DEL AREA DE FACTURACION

Facturar el total de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud prestados a los usuarios de acuerdo con un manual de procedimientos y tarifas preestablecidos. De esta manera se permite generar información que mediante auditoría y elaboración de indicadores basados en la información obtenida por este medio, lleven a aportar herramientas efectivas que permitan dar a conocer la realidad económica de la institución y orientar a los gerentes en la toma de decisiones estratégicas frente al uso de los recursos.[1]

Esto a su vez garantiza una retribución económica justa para la institución que presta los servicios y le permite obtener prestigio frente las EAPB. [3]

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar y revisar la facturación generada por la prestación de los servicios de salud que han sido contratados por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).
- Determinar los costos de la atención de acuerdo al nivel de complejidad de la institución y a la realidad de las prestaciones realizadas.
- Realizar informes que incluyan la validez de la información analizada, propuestas para corregir datos y errores, recomendaciones para el mejoramiento del área e informes de irregularidades presentadas.
- Diseñar e implementar instrumentos para la captura de información de los diferentes servicios, suficiente para permitir la elaboración de una factura.
- Generar herramientas que permitan crear mecanismos de control en las diferentes etapas del proceso y cruzar información con las demás dependencias de la institución.
- Garantizar a sus clientes, tanto internos como externos, información oportuna y veraz sobre los servicios prestados y los costos de la atención.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL ÁREA DE FACTURACIÓN

- Revisar la facturación comparando el contenido de las facturas con lo consignado en la historia clínica.

- Verificar que los servicios facturados correspondan a los que hayan sido autorizados por los pagadores del servicio.

- Verificar los registros de los procedimientos realizados que ya han sido facturados.

- Constatar la competencia del recurso humano encargado del área de facturación: verificar sus conocimientos sobre la estructura tarifaria, normatividad del Sistema de Seguridad Social en Salud y el manejo de las cuentas.

- Conocer ampliamente la documentación sobre los soportes legales, contables y contractuales de los convenios entre EAPB - IPS. Así mismo, se debe asegurar que la facturación esté acompañada de dichos soportes.

- Implementar medidas de control del área de facturación, basados en los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad.

- Efectuar una evaluación de la calidad del servicio frente a los estándares existentes.

- Realizar análisis, respuesta y valoración de glosas.

NORMATIVIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD QUE RIGE EL MANEJO DE LA FACTURACIÓN DE LAS EAPBs

1. Resolución 5261 de 1994. Contiene el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan obligatorio de Salud (MAPIPOS).
2. Acuerdos 306,117, 228, 229, 236, 263, 282 del CNSSS (POS-Subsidiado).
3. Resolución 3374 de 2000. Explica los datos que deben presentar los prestadores y EAPB sobre los servicios de salud prestados.
4. Decreto 723 de 1997. Especifica las relaciones entre ente territorial, EPS y prestadores en lo respectivo a contratación. Posibilita a las EPS y a los prestadores a convenir la forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses.
5. Decreto 046 de 2000. Modificación al Decreto 723 de 1997 y al Decreto 882 de 1998 en cuanto a sanciones a las EPS por incumplimiento de los plazos para pago de sus deudas con los prestadores.
6. Decreto 1281 de 2002. Establece las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación de los servicios de salud a la población del país.[5]
7. Decreto 050 de 2003. Regulación del flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado desde la nación hasta la IPS. Reglamenta la obligación del cobro de copagos y cuotas moderadoras con el mismo monto a todas las EPS y EPSS.

8. Decreto 3260 de 2004. Señala las medidas para optimizar el flujo de los recursos en el SGSSS. Opciones y plazos para la EAPB luego de recibir la factura. Establece que el pago por atención inicial de urgencias no requiere orden ni contrato previos. (6)
9. Ley 1122 de 2007. Explica el financiamiento en el SGSS tanto para el régimen subsidiado como contributivo. Es la normatividad más vigente respecto al tema de glosas.
10. Decreto 1165 de 1996. Definición y requisitos de la factura electrónica "… documento computacional que soporta una transacción de venta de bienes o prestación de servicios, transferido bajo un lenguaje estándar universal denominado Edifact de un computador a otro…" (7)
11. Estatuto tributario Decreto 624 de 1989. Obliga a todas las personas o entidades que presten servicios a expedir factura o documento equivalente, y conservar copia de la misma por cada una de las operaciones que realicen, independientemente de su calidad de contribuyentes o no de la DIAN. Fija los requisitos de factura. (8)
12. Circular 035 de 2000. Instrucciones para el tratamiento administrativo y contable que deben dar a los procesos de facturación, costos, donaciones, y glosas las IPS públicas. (1)
13. Decreto 882 de 1998. Fija el margen de solvencia para las EPS Y EPSS y establece sanciones por incumplimiento del término establecido con el fin de asegurar la liquidez de las mismas. Por margen de solvencia se entiende la liquidez (capacidad de pago para cancelar las cuentas a proveedores o prestadores, en un término no superior a 30 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago). (9)

MANUALES VIGENTES PARA LA FACTURACION EN SALUD

Las tarifas de los servicios médicos y quirúrgicos se facturan a la fecha de prestación del servicio. Para realizar el cobro pertinente se dispone en la actualidad de los manuales tarifarios. El manual a utilizar es el que se encuentre definido en las cláusulas contractuales con cada pagador. Dichos manuales son:

1. Manual de tarifas y procedimientos establecidos en el decreto 2423 del de 1996 (manual SOAT)
2. Manual tarifario ISS 2000, 2004
3. Manuales tarifarios particulares

Manual tarifario SOAT

Establecido por el Gobierno Nacional a través del Decreto 2423 de 1996 y modificado por el Decreto 887 de 2001, según el cual este manual no es de obligatorio cumplimiento cuando se trata de IPS del sector público; en las IPS privadas debe

utilizarse obligatoriamente para los casos de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el CNSSS; también para la atención inicial de urgencias de otra naturaleza, si no hay acuerdo entre las partes. (10)

Las tarifas de este manual están actualizadas al valor del Salario Mínimo Diario Legal Vigente (SMDLV) (11). La estructura, la nomenclatura y la clasificación de los más de 3.000 procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios que contiene se dividen en cinco capítulos así:

- CAPITULO I: Campo de Aplicación.
- CAPITULO II: Definiciones.
- CAPITULO III: Nomenclatura y Clasificación según Grupos Quirúrgicos.
- CAPITULO IV: Tarifas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes.
- CAPITULO V: Servicios intrahospitalarios y ambulatorios, estancias, servicios profesionales, derechos de sala, materiales, suministros y equipos. (10)

Entre las ventajas que ofrece este Manual para el prestador de los servicios está la posibilidad de un mayor cobro de honorarios en cirugías múltiples, además del valor de los honorarios médicos no quirúrgicos, de la estancia hospitalaria y de la mayoría de las ayudas diagnosticas que son considerablemente mas altos que en el Manual ISS.

Manual tarifario ISS

Emitido y actualizado por el Consejo Directivo del ISS. Está vigente el del Acuerdo 312 del 24 de febrero de 2004 que remplazó al de diciembre de 2001, conocido como Manual ISS 2000. (11)

La codificación adoptada en el Manual corresponde a la establecida mediante la Resolución 1896 de 2001 del entonces Ministerio de Salud y actual Ministerio de la Protección Social. Esta codificación es comúnmente conocida como Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), la cual está conformada por seis caracteres y establece cuatro niveles de detalle. (12)

La información de las diferentes actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y la Administradora de Riesgos Profesionales del Seguro Social se presenta en tablas constituidas por tres columnas: La primera (CUPS) indica el código, la segunda (descripción CUPS) la descripción de la intervención o procedimiento, y la tercera (UVR-S) que contiene las Unidades de Valor Relativo en Salud las cuales constituyen el factor de liquidación que se aplica a cualquier actividad, intervención o procedimiento del Manual; al multiplicar la UVR por 100 se obtiene la tarifa en pesos.

Este Manual está organizado en dos secciones, las cuales a su vez contienen capítulos divididos en artículos.

SECCIÓN 01, Contiene las Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud de la EPS del Seguro Social

Capitulo I, Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicas
Capitulo II, Procedimientos e Intervenciones no Quirúrgicas.
Capitulo III, Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública (P Y P)
Capitulo IV, Servicios Intrahospitalarios, Internación, Derechos de Sala de Observación de Urgencia, Materiales, Medicamentos, Suministros, Equipos y Normas Generales.
Capitulo V, Modalidad de Contratación mediante los Conjuntos de Atención en Salud por Tarifa Integral.

SECCIÓN 02, Contiene las Actividades Intervenciones y Procedimientos de la Administradora de Riesgos Profesionales del Seguro Social.

Capitulo I: Medicina Preventiva y del Trabajo
Capitulo II: Higiene Industrial.
Capitulo III: Seguridad Industrial.
Capitulo IV: Gestión en Salud Ocupacional. [12]

Entre las ventajas que ofrece este manual se incluye que tiene un mayor número de procedimientos y definiciones, ofrece mayor descripción del método de facturación y mayor claridad en la facturación de urgencias a la vez que separa la atención especializada de la general. Este manual permite el cobro las consultas prequirúrgicas, de los medicamentos en cirugía y de una mayor cantidad de insumos.

ESTRUCTURA DEL AREA DE FACTURACION

El área de facturación está 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, y al tiempo realizar un registro de cada uno de los servicios prestados durante la estancia. Dependiendo de la estructura definida en cada institución de salud, el área de facturación podría incluir:

PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO – ACTIVOS FIJOS.

Los soportes de esta área son: actas de baja, entrada de almacén, traslados de un servicio a otro.

CUENTAS POR PAGAR

Facturas de proveedores, órdenes de compra, cuentas por pagar a contratistas, notas débito proveedor, notas crédito proveedor.

PERSONAL

Ordenes de servicio, ordenes de trabajo, nómina, relación mensual de provisiones de prestaciones sociales, relación mensual de provisiones y pagos por aportes patronales, liquidación anual de cesantías consolidadas, liquidación de pagos a los fondos de pensiones y salud.

INVENTARIOS

Salidas de almacén, entradas de almacén, salida de farmacia, entradas de farmacia, devoluciones, préstamos, remisiones.

PRESUPUESTO

Esta área tiene como función principal planear y estimar el movimiento de ingresos y egresos de la institución y debe enviarlos a contabilidad una vez al mes a través de los siguientes documentos: presupuesto de ingresos y presupuesto de gastos, cada uno con su respectiva discriminación; código contable, concepto y adiciones y traslados presupuestales.

CARTERA

El funcionario encargado de esta área deberá llevar los siguientes listados con el fin de que al cierre de cada mes contable se efectúe un cruce con el área de contabilidad: Ficha de cliente, informe de cartera por edades y rotación de cartera. [(1)]

ETAPAS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN

En el proceso de facturación se distinguen tres pasos fundamentales: identificación y registro de información del usuario, registro de información de procedimientos y liquidación de los servicios prestados.

En la identificación y registro de información del usuario, al solicitar un servicio en una IPS, ésta establece el régimen al que pertenece el usuario y la entidad a la cual está asegurado, solicitando los documentos exigidos para la atención. En caso de no ser posible la identificación de usuario se registrara como N.N (por ejemplo, en los casos de urgencia).

En el registro de información de procedimientos, después de haber identificado al usuario se procede a registrar el nombre, código y cantidad de los servicios prestados. Se debe incluir además la especificación de los suministros y medicamentos utilizados durante la atención.

En la liquidación de los servicios prestados, se realiza y se expide la factura o documento equivalente basándose en las tarifas previamente pactadas con el contratante. Siempre debe existir soporte firmado por el usuario de la atención para poder realizar el cobro a la entidad correspondiente, excepto en el caso de usuarios particulares. [(4)]

ETAPAS DEL PROCESO DE FACTURACION

PASOS FUNDAMENTALES

1. **IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL USUARIO**
2. **REGISTRO DE INFORMACIÓN DE PROCEDIMIENTO**
3. **LIQUIDACIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS**

ENTRADAS

- **Contrato o convenio**
- **Manual de tarifas**
- **Documentos del área de admisiones: hoja de admisión, traslados de camas y egresos**
- **Otros soportes o documentos de apoyo: procedimientos, exámenes y suministros, RIA.**

SALIDAS

- ***FACTURA*** **o documento equivalente por servicios prestados. Principal salida del área**
- **Reportes de información a gerencia, áreas administrativas y áreas médicas.**

LA FACTURA

Es el documento expedido por el prestador de servicios de salud en el que se cuantifica el valor de los servicios prestados al usuario y que debe contener los requisitos exigidos por la ley. Existen dos tipos de factura: 1. la ***factura individual*** que corresponde a los servicios prestados a un usuario y 2. La ***factura global*** que corresponde al valor total de la atención suministrada a un grupo de usuarios por cada código de facturación (especialidad, centro de costo).

Los prestadores de servicios de salud deben enviar a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las facturas según como lo establece el Estatuto Tributario en los artículos 617 y 618 y los datos de la descripción específica de los servicios prestados contenidos en medio magnético, con la estructura y características que se definen en la Resolución 3374 de 2003.

En la expedición de factura se debe entregar el original de la misma, con el lleno de los siguientes requisitos:

- Estar denominada expresamente como factura de venta.
- Nombre o razón y NIT del prestador del servicio.
- Apellidos y nombre del paciente, con número de cédula de ciudadanía y/o afiliación, junto con la discriminación del IVA pagado.
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas.
- Fecha de su expedición.
- Descripción específica o genérica de los servicios prestados con código de facturación.
- Valor total.
- El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.
- Valor recibido por cuotas moderadoras o copagos cuando haya lugar a estos.

El sistema de facturación deberá numerar en forma consecutiva las facturas y se deberán proveer los medios necesarios para su verificación y auditoría.
De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, los siguientes datos se deben registrar en la descripción específica de los servicios de salud prestados:

- Código de identificación del prestador del servicio de salud en el SGSSS.
- Nombre o razón social.
- Tipo de documento de identificación del prestador.
- Número del documento de identificación del prestador.
- Número de la factura.
- Fecha de expedición de la factura.
- Fecha de inicio del período de la facturación enviada.
- Fecha de finalización del período de la facturación enviada.
- Código y nombre de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios o quien paga la factura.
- Número de contrato, cuando se requiera.
- Plan de beneficios.
- Número de la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

- Valor del pago compartido (Copago).
- Valor de la comisión a reconocer por la EPS por los estudios diagnósticos realizados para confirmar enfermedad profesional.
- Valor de descuentos.
- Valor neto a pagar por la entidad contratante. [13]

TIPOS DE USUARIOS A FACTURAR [1]

1. Usuarios que realizan pagos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
· Los vinculados que pagan las cuotas de recuperación.
· 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 ha quedado establecido su recaudo.

2. 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 Plan de atención básica – PAB.
· Población usuaria de servicios de atención inicial de urgencias.
Población de mujeres en embarazo, de niños menores de un año, indígenas e indigentes, cualquiera que fuese su tipo de vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

En los casos de accidente de tránsito las responsables del pago serán las compañías de seguros SOAT.

Se facturará con cargo a los recursos del FOSYGA el valor correspondiente a la atención en salud de las personas víctimas de eventos catastróficos y 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, sin que sobrepase en 300 salarios mínimos legales diarios vigentes adicionales.

LAS GLOSAS

Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes. [1]

Cuando se presentan tales inconsistencias la EPS o EPSS puede oponerse a la aceptación de una factura en forma parcial o total; en este caso la entidad contratante devolverá la cuenta a la IPS para su corrección y ésta tendrá la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido.

Cuando la objeción presentada no es contestada de manera satisfactoria se confirma la misma en forma de glosa, la cual conlleva al no pago de los valores que han sido objetados.

Según el Decreto 3260 de 2004 las EPS y EPSS contarán con treinta (30) días calendario contados a partir de la presentación de la factura para aceptarla o formular glosas, en este caso se procederá al pago de la parte no glosada dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de los treinta (30) días iniciales.

La IPS contará con treinta (30) días calendario para responderlas. Una vez respondidas las glosas la EPS o EPSS contará con cinco (5) días calendario para proceder al pago de los valores que acepta y dejar en firme las glosas que considere como definitivas.

Según la normatividad más reciente respecto al tema, estipulada en la Ley 1122 de 2007, cuando se trata de contratos diferentes a capitación como son el pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico, las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud habilitados como mínimo con un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. Para este fin, las IPS deberán presentar todas las cuentas de cobro y facturas dentro de los plazos contractuales pero en ningún caso pueden superar seis (6) meses contados a partir de la fecha de prestación de los servicios; cuando las IPS facturen por fuera del plazo convenido, se duplicarán los plazos contractuales establecidos para el pago de los servicios por parte de las EPS y EPSS. [10)] Las EPS del régimen subsidiado deberán recibir facturas de las IPS como mínimo durante los veinte (20) primeros días calendario del mes siguiente al que se prestaron los servicios, incluido el mes de diciembre, [(6)] Una vez radicada y presentada la factura, revisarán y pagarán las cuentas no glosadas dentro de los términos pactados, sin exceder de 30 días calendario a partir de la radicación. Dentro del mismo término la entidad glosará hasta por una sola vez la cuenta y la notificará a la IPS [(10)] teniendo en cuenta que según señala el Decreto 723 ninguna cuenta de cobro puede ser devuelta sin el pago de la parte no glosada.

Las glosas deberán ser aclaradas por la IPS dentro de los (20) días siguientes a su comunicación formal [(14)] y deberán estar resueltas y pagadas por las partes dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha en que fueron notificadas. [(10)]

En aquellos eventos en que existan glosas definitivas las partes acudirán a los mecanismos contractuales o legales previstos para la definición de las controversias surgidas. [(10)]

El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura. [(15)] Debe tenerse en cuenta que el pago de los servicios prestados por atención inicial de urgencias conforme a la ley no requiere contrato ni orden previa.

PRINCIPALES CAUSAS DE GLOSAS EN FACTURACION

A. Validación de derechos y forma

1. Documentación incompleta.
2. Ausencia de autorización.
3. No aparición del usuario en la base de datos.
4. La fecha de atención no corresponde al período cobrado.
5. Falta de la firma o huella del paciente.
6. Valor en letras no corresponde al valor numérico o no tiene valor.
7. Autoliquidación no valida para la atención.
8. Ausencia de la firma del contratista.
9. No concordancia entre el nombre de la factura y los documentos de soporte.
10. El usuario pertenece a otra EPS.
11. Factura enmendada o ilegible.
12. Facturación doble.
13. Faltan hojas en la factura o esta está incompleta.
14. No facturación individual por paciente.
15. La planilla no corresponde a la liquidación de urgencias.
16. No liquidación por planillas de consulta externa, apoyo diagnóstico y terapéutico.
17. No existe relación de usuarios atendidos.
18. La cuenta no cumple con los requisitos de la presentación de cuentas.

B. Pertinencia medica

1. Ausencia o no correspondencia de la epicrisis.
2. El cuadro clínico no corresponde al diagnóstico de urgencia.
3. Epicrisis incompleta, ilegible o con fecha no correspondiente al período facturado.
4. No urgencia por ser de manejo por consulta externa o de hospitalización.
5. Asistencia para apoyo diagnóstico o terapéutico lo cual no se considera atención inicial de urgencias.
6. Consulta de control, procedimiento o tratamiento médico programado que no es atención inicial de urgencias.
7. No urgencia por remisión para manejo hospitalario.
8. Apoyo diagnóstico no pertinente como urgencia.
9. No amerita traslado para atención inicial de urgencias.

C. Auditoría de cuentas

1. El valor de la factura no concuerda con la sumatoria.
2. Liquidación no conforme a las normas del manual.
3. El código no aparece en el manual o su valor no corresponde.
4. No corresponde al manual de tarifas o es de otro año.
5. Mala liquidación de cirugías múltiples.
6. Los servicios profesionales no corresponden.
7. No corresponde liquidación por conjuntos o ésta no corresponde a las normas.
8. Liquidar por accidente de tránsito y cobro según normas.
9. Liquidar por accidente de trabajo o enfermedad profesional, cobro según normas.
10. No correspondencia con el nivel de complejidad de la institución.

11. No contemplación del suministro según las normas.
12. Los tiempos de estancia no corresponden.
13. La atención diaria intrahospitalaria no corresponde.
14. No hay soporte de la actividad.
15. Incorrecta o no codificación del ítem.
16. No discriminación de ítems.
17. No ajuste a la centena para la tarifa SOAT.[3]

INDICADORES DE FACTURACION [4]

Los principales indicadores de facturación son:

1) Las tendencias de facturación. 2) La oportunidad del proceso. 3) La calidad del proceso. 4) El personal del proceso. 5) El costo del proceso. 6) La gestión de mejoras.

1. Las tendencias de facturación (mes).
Debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

Total facturado en la institución, por tipos de cliente (contributivo, subsidiado, particulares, vinculados, extranjeros y otros), por servicio, por unidades funcionales o áreas asistenciales, por honorarios, ayudas diagnosticas, insumos y otros.

2. Oportunidad del proceso.

2.1 Para generar el alta
(Número promedio de horas desde el informe de alta del paciente hasta la entrega de la factura; busca darle agilidad al alta)

2.2 Para facturar al egreso
(Corresponde al número de egresos hospitalarios facturados el día del egreso en el mes con relación al número de egresos hospitalarios en el mes. Busca que todo egreso este facturado el mismo día)

2.3 Para radicar la factura
(Numero de días promedio para el radicado de la factura desde su generación. Se deben conocer los días promedio en cada paso. Busca una radicación oportuna).
El promedio de radicación se puede calcular con las siguientes formulas

$$\frac{\text{N° de facturas radicadas 1ra vez en 12 meses}}{\text{N°de facturas generadas en 12 meses}}$$

$$\frac{\text{Valor de facturas radicadas 1ra vez en 12 meses}}{\text{Valor de facturas generadas en 12 meses}}$$

Este índice busca que todo lo facturado este radicado.

2.4 Para responder la glosa

(Corresponde al número de días para dar respuesta a una factura con glosa así como la velocidad y cumplimiento del tiempo de este proceso)

3. Calidad del proceso
Para valorar la calidad se deben tener en cuenta:

3.1 Las facturas anuladas

Numero de facturas anuladas en un mes
Numero de facturas producidas en un mes

3.2 Las facturas por refacturación

Número de facturas por re - facturación en 12 meses
Numero de facturas generadas en un periodo de 12 meses

Valor de facturas por re - facturación en 12 meses
Valor de facturas generadas en un periodo de 12 meses

De todo el proceso cuanto de la facturación es por refacturación.

3.3 Las notas por error interno

Numero de facturas con notas por error interno en 12 meses
Numero de facturas generadas en un periodo de 12 meses

Valor de notas por error interno en un periodo de 12 meses
Valor de facturas generadas en un periodo de 12 meses

Evalúa la calidad de la facturación de acuerdo con las directrices y sirve para obtener el no acuerdo.

3.4 El preliminar de las facturas glosadas
Número de facturas glosadas (preliminar) en 12 meses
Numero de facturas generadas en un periodo de 12 meses

Valor de facturas glosadas (preliminar) en 12 meses
Valor de facturas generadas en un periodo de 12 meses

Evalúa la calidad de los procesos de: admisión, contratación y facturación

3.5 Las glosas resueltas
Numero de glosas resueltas en un periodo de 12 meses
Numero de glosas recibidas en un periodo de 12 meses

Valor de glosas resueltas en un periodo de 12 meses
Valor de glosas recibidas en un periodo de 12 meses

Evalúa cuanto se responde de las glosas que ingresan

3.6 Glosas que reingresan

Nº de facturas glosadas que reingresan con glosa en un periodo de 12 meses
Nºde facturas glosadas en un periodo de 12 meses

3.7 Valor de facturas glosadas que ingresan de nuevo
Con glosa en un periodo de 12 meses
Valor de facturas glosadas en un periodo de 12 meses

Sirve para evaluar la efectividad de la respuesta y la reglosa

4. El personal del proceso:

Satisfacción del cliente interno, satisfacción del cliente externo, clima laboral, cultura del servicio, capacitación del personal (cantidad y calidad), rotación del personal, ausencias de personal.

Personal capacitado en temas objetivo
Personal objetivo de ser capacitado

Objetivo: personal capacitado en temas objetivo

5. Costo del proceso:

Costo del Personal involucrado en 12 meses
Numero de facturas en 12 meses
Objetivo: costo de personal para producir una factura
Ej.: 10,000 pesos de pago de nomina por cada factura

Valor de una factura por el personal involucrado

Anotación: debe realizarse siempre una gestión de causas y su análisis

BIBLIOGRAFIA

1. COLOMBIA. CONTADURIA GENERAL DE LA NACION. Circular externa 035 de 2000, Diciembre 27, Instrucciones para el tratamiento administrativo y contable que deben dar a los procesos de facturación, costos, donaciones, y glosas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas. Santa Fe de Bogotá: Diario Oficial No 44.302, 2001

2. HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DEL CHAIRÁ. Facturación y cartera. [En línea]. [Citado Mar, 2007]. Disponible en http://www.hospitalcartagenadelchaira.gov.co/index.php?op=sec&view=7&sid=977fbaf602a170f893b95cbd7db5c2bdç

3. MARTÍNEZ LEURO, Mauricio. Auditoría de cuentas medicas. Bogotá: Casa editorial grupo ecomedios, 2005.

4. GIRALDO SALINAS. Juan Carlos**.** Proceso de facturación en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia. [CD ROM]. Medellin: 1995

5. COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA .Decreto 1281 de 2002, Junio 19, Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación. Santa Fe de Bogotá, D. C: Diario Oficial No. 44.840, 2002

6. COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA .Decreto 3260 de 2004, Octubre 7, Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santa Fe de Bogotá, D. C: Diario Oficial No. 45.695, 2004

7. COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA .Decreto 1165 de 1996, Junio 28, Por el cual se reglamentan los artículos 437-2, 615, 616, 616-1, 616-2, 617, 618 y 618-2 del Estatuto Tributario. Santa Fe de Bogotá, D. C: Diario Oficial No. 42.824, 1996

8. COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA .Decreto 624 de 1989, marzo 30, Por el cual se expide el Estatuto Tributario de los impuestos administrados por la Dirección General de Impuestos Nacionales. Santa Fe de Bogotá, D. C: Diario Oficial No 38.756, 1989

9. COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA .Decreto 882 de 1998, mayo 13, por el cual se fija el margen de solvencia que asegura la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones. Santa Fe de Bogotá, D. C: Diario Oficial No. 43.300, 1998

10. COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA .Decreto 050 de 2003, Enero 13, Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Santa Fe de Bogotá, D. C: Diario Oficial No. 45.063, 2003

11. LARGO A. Luz E. Retinólogos de Medellín a tarifa SOAT. En: Periódico El Pulso. Medellín. (24, Nov., 2004); p. 6

12. COLOMBIA. CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES**.** Acuerdo no. 312 de 2.004, febrero 24**,** por el cual se aprueba el "manual de tarifas" de la entidad promotora de salud del seguro social “EPS-ISS”. Santa Fe de Bogotá, D. C: Diario Oficial No. 45478, 2004

13. COLOMBIA. LA MINISTRA DE SALUD. Resolución 3374 de 2000, Diciembre 27, Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

14. COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA .Decreto 723 de 1997, marzo 14, por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones

entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud. Santa Fe de Bogotá, D.C: Diario Oficial No. 43.006, 1997

15. COLOMBIA. EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 de 2007, Enero 9, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Santa Fe de Bogotá, D. C: Diario Oficial No. 46.506, 2007

16. FOSYGA. Documento de capacitación para presentar reclamos al FOSYGA. [En línea]. [Citado Oct, 2007]. Disponible en http://www.fosyga.gov.co/ecat/capacitacion_reclamaciones/capacitacion_reclamaciones.shtm

17. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION 3374 de 2000 [En línea]. Diciembre 27 de 2000. Disponible en http://minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo319112.pdf

18. COLOMBIA. EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA .Ley 100 de 1993, Diciembre 23, Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santa Fe de Bogotá, D. C: Diario Oficial No. 41.148, 1993

19. MTV CONSULTING LTDA. Procesos Área de Facturación ESE Policarpa Salavarrieta [En línea]. [Citado Dic., 2006]. Disponible en http://esepolicarpa.gov.co/ArchivosWeb/Procesos/Proceso_Facturaciòn.pdf

20. ISS. Normas [En línea]. [Citado Oct., 2007]. Disponible en http://www.iss.gov.co/salud/prestadores_normas.htm