

**PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA PARA EL COBRO DE
LOS SERVICIOS NO POS DE LAS IPS A ENTES TERRITORIALES – REGIMEN
SUBSIDIADO PROYECTADO AL HOSPITAL DE KENNEDY**

SANDRA MILENA ARENAS JOYA CC. 63.496.163

OLGA PATRICIA SALINAS HERNANDEZ CC.65.782.325

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES, ECONOMICAS
Y DE NEGOCIOS
ESPECIALIZACION EN GESTION DE PROYECTOS
BOGOTA**

2017

**PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA PARA EL COBRO DE
LOS SERVICIOS NO POS DE LAS IPS A ENTES TERRITORIALES – REGIMEN
SUBSIDIADO CON PROYECTADO AL HOSPITAL DE KENNEDY**

SANDRA MILENA ARENAS JOYA CC. 63.496.163

OLGA PATRICIA SALINAS HERNANDEZ CC.65.782.325

Asesor: Dr. Jose Ever Castellanos Narciso

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES, ECONOMICAS
Y DE NEGOCIOS
ESPECIALIZACION EN GESTION DE PROYECTOS
BOGOTA
2017**

Dedicatoria

A mi esposo David y mis hijos Julián, Nicolle y Kevin por creer en mí y brindarme todo su apoyo, paciencia, comprensión y cariño, por animarme cuando veía el camino cerrarse frente a mis ojos y por mostrarme el camino nuevamente, por que han hecho que siempre exista en mí el anhelo de crecer y ser mejor cada día.

A mi madre y hermanos por siempre creer que mejor siempre es posible y confiar ciegamente en mí, por sus consejos, amor y apoyo incondicional, por sus manifestaciones de orgullo que me han llenado de fuerzas para continuar.

A mi Director de proyecto por su paciencia, colaboración y enseñanzas, virtudes que hicieron posible llevar a feliz término este proyecto y culminar un nuevo ciclo de mi vida profesional.

Con Cariño Sandra Milena Arenas Joya

Muy especialmente quiero dedicar este título a mi esposo Rodrigo, por su amor, por su apoyo incondicional, por su confianza, porque ha sido fuente de entendimiento y amigo inseparable, por acompañarme en este camino de esperanza y perseverancia.

A mis amados hijos Nicolás y Juliana para quienes ningún sacrificio es suficiente, que con sus virtudes hacían de mi camino una autopista y siempre me daban la fuerza y el empuje para alcanzar mis metas, para creer en mí y para superarme.

A mis padres por su invaluable ejemplo, por hacerme una mujer de principios y valores, por su amor, humildad y buenas costumbres, les dedico este triunfo porque saber que contar con su presencia es el regalo que Dios me da todos los días y porque siento la satisfacción del deber cumplido.

Patricia Salinas

Agradecimientos

Dar un paso adelante todos los días es la oportunidad de construir un mañana, llegar hasta aquí es la muestra de que si se puede y contar con personas maravillosas que fortalecen esta lucha, es la mayor recompensa. Por esta y muchas razones agradezco de manera especial a todas y cada una de las personas que me acompañaron en este proceso y que de alguna manera aportaron un granito de arena a mi crecimiento personal y profesional.

Al director de proyecto por sus pertinentes y oportunos aportes, por su cooperación y por compartir su conocimiento, para avanzar hacia la consolidación del lustro académico.

Resumen

A partir del análisis de la Resolución 1479 de 2015 se hace una propuesta de una herramienta que permita el cobro de los servicios NO POS de las IPS a los entes territoriales según los servicios prestados al régimen subsidiado, situación compleja que constituye cambios importantes dentro de los procesos de las IPS para conseguir el flujo de caja y de acuerdo a los resultados, el proceso de facturación realizado actualmente requiere reformas en PRO del sistema.

El efecto del proceso de estudio se pretende obtener de manera que facilite y proporcione opciones de mejora continua en el mismo, por esta razón se hace necesario detallar el problema y enfocarlo hacia la ejecución de mecanismos como corresponde a la norma. Es importante identificar los puntos críticos del proceso para lo cual se utiliza como instrumento de investigación la entrevista, punto de referencia para limitar el proyecto y enfatizar en el paso a paso del objetivo.

Basados en teorías que respaldan el sistema de información requerido para el desarrollo de la propuesta, se avanza en el marco de referencia y los elementos claves que constituyen un puente entre la norma y la situación real del sistema.

Palabras claves

Régimen subsidiado, Cobro, Ente territorial, Servicio NO POS, IPS, EPS, comparador administrativo, Homologo

Abstract

After carrying out the analysis pertinent to Law 1479 of 2015, a proposal is made that allows the collection of NO POS services of the IPS's to the territorial entities according to the services provided to the subsidized regime, a complex situation that constitutes important changes within the Processes of the IPS's to achieve the cash flow and conforming to the results, the billing process carried out currently requires reforms in PRO of the system.

The effect of the study process is intended to provide an easy way and gives options for continuous improvement to itself, for this reason it becomes necessary to detail the problem and focus it towards the execution of mechanisms as corresponds to the standard. It is important to identify the critical points of the process for which the interview is used as a research tool, a reference point to limit the project and emphasize the step by step of the objective.

Based on theories that support the information system required for the development of the proposal, progress is made in the frame of reference and the key elements that constitute a bridge between the norm and the real situation of the system.

Keywords

Régimen subsidiado, Cobro, Ente territorial, Servicio NO POS, IPS, EPS, comparador administrativo, Homologo

TABLA DE CONTENIDO

1.	Capítulo I. Planteamiento Del Problema.....	4
1.1	Descripción del Problema	4
1.2	Formulación del problema	5
2	Justificación.....	6
3	Objetivo general	8
3.1	Objetivos Específicos	8
4	Marco Referencial	9
4.1	Marco Teórico	9
4.1.1	Crisis del Sector.	11
4.1.2	Componentes y funciones de los sistemas de salud.	12
4.1.3	Modulación y articulación.....	15
4.2	Marco Conceptual	18
4.3	Marco Legal	21
4.3.1	Régimen subsidiado-	27
4.3.2	Sistema de financiamiento del SGSSS.....	29
4.3.3	Entes territoriales.....	35
4.3.4	IPS – Institución prestadora de servicios de salud.	36
4.4	Marco Metodológico	38
4.4.1	Método	38
4.4.2	Técnicas.....	38

4.4.3	Instrumentos.....	38
4.4.4	Fuentes.....	38
4.5	Marco Institucional	39
4.5.1	Hospital de Kennedy	39
5	Capítulo II. Resultados	41
5.1	Revisión Normativa.....	41
5.2	Análisis Resolución 1479 del 2015.....	41
5.2.1	Título I Aspectos generales.....	41
5.2.2	Título II Garantía de la prestación de Servicios y Tecnologías NO cubiertas por el plan Obligatorio de Salud.....	42
5.2.3	Título II – Capítulo I Garantía del suministro de servicios y tecnologías no cubiertas en el plan obligatorio de salud, centralizada en la entidad territorial.....	42
5.2.4	Título II – Capítulo II Garantía de la Prestación de Servicios y Tecnologías NO cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud a través de las Administradoras de planes de beneficios que tienen Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.	44
5.2.5	Título III Proceso de Verificación, control y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.....	45
5.2.6	Título IV Disposiciones Finales.....	48
5.3	Análisis Circular Externa Supersalud 017 del 2015.....	48
5.4	Entrevista.....	50
5.4.1	Presentación de la entrevista	50
5.4.2	Datos Personales	51

5.4.3	Motivo de Entrevista.....	51
5.4.4	Desarrollo Entrevista.....	51
5.4.5	Conclusión.....	67
5.5	Caracterización del proceso	68
5.5.1	Paso a Paso Inicio Consulta Ambulatoria	68
5.5.2	Paso a Paso Inicio Atención de Urgencias	79
5.5.3	Procedimientos para el mejoramiento continuo	90
6	Capítulo III – Propuesta de la Herramienta para el Proceso de Facturación.....	91
6.1	Flujograma del Proceso.....	91
6.1.1	Flujograma proceso autorización ambulatoria	91
6.1.2	Flujograma proceso ingreso por urgencias u Hospitalización	100
6.2	Requerimiento Desarrollo	110
6.2.1	Objetivo.....	110
6.2.2	Funcionalidad.....	111
6.3	Requerimientos de Aplicación	129
6.3.1	Costo Personal proyecto.....	129
6.3.2	Estimación Costos de ejecución.....	129
6.4	CONCLUSIONES	130
7	Trabajos citados.....	132
8	Bibliografía.....	134

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 - Ciclo relación prestación y Financiamiento servicios de salud,	13
Ilustración 2 - Elementos sistema de Información,	17
Ilustración 3 - Sistema General de Participaciones – SGP	32
Ilustración 4 - Fuentes Rentas destinadas a Salud, según documento Fuentes de Financiación y usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud	32
Ilustración 5 – Flujo de Recursos del Sistema de Salud	34
Ilustración 6 - Conformación Entes Territoriales	35
Ilustración 8 - Paso a paso Inicio consulta ambulatoria	73
Ilustración 9 - Ingreso IPS	74
Ilustración 10 - Liquidación y Calidad	75
Ilustración 11 - Facturación y Radicación	77
Ilustración 12 - Proceso Transversal	78
Ilustración 13 - Paso a paso inicio atención de Urgencias u Hospitalización	84
Ilustración 14 - Ingreso servicio de Urgencias	85
Ilustración 15 - Liquidación y calidad	86
Ilustración 16 – Facturación	87
Ilustración 17 - Facturación y Radicación	88
Ilustración 18 - Proceso Transversal	89
Ilustración 19 - Admisión - Inicio proceso liquidación	95
Ilustración 20 - Subproceso liquidación	96
Ilustración 21 - Sub proceso Calidad	97
Ilustración 22 - Subproceso de Facturación	98

Ilustración 23 - Subproceso de Radicación	99
Ilustración 24 - Subproceso Admisión - Inicio proceso liquidación	104
Ilustración 25 - Subproceso de liquidación	105
Ilustración 26 - Subproceso Gestión Autorización Servicios NO POS	106
Ilustración 27 - Subproceso Calidad	107
Ilustración 28 - Subproceso facturación	108
Ilustración 29 - Subproceso de Radicación	109
Ilustración 30 - Funcionalidad Aplicativo	113
Ilustración 31 - Ingreso modulo liquidación,	114
Ilustración 32 - Pantallazo visualización datos usuario	115
Ilustración 33 - Botón envío Inicio Calidad	116
Ilustración 34- Botón envío Inicio Calidad	117
Ilustración 35 – Prototipo pestaña Calidad	117
Ilustración 36 - Pestaña para visualizar Pre factura y Generar Factura	118
Ilustración 37 - Ejemplo Liquidación Factura Ente Territorial	118
Ilustración 39 - Pestaña Generación de Envíos	119
Ilustración 40 - Pestaña Generación de Planos	127
Ilustración 41 – Funcionalidad Generación formatos	128

TABLA DE ANEXOS

Anexo 1 - Cuestionario Entrevista	135
Anexo 2 - Formato MYT01	138
Anexo 3 - Formato MYT_02	139
Anexo 4 - Ejemplo Formato MYT_R	140
Anexo 5 . Ejemplo Formato Anexo 1	141

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Costos personal del proyecto	129
Tabla 2 - Estimación Analógica de costos	129

INTRODUCCION

En el sistema de salud se presentan graves y difíciles problemas que están deteriorando la eficiencia de sus servicios, en el caso de las IPS se debe realizar una tramitología dispendiosa para el cobro de los costos asumidos por la prestación de los servicios NO POS del régimen subsidiado afectando el flujo de caja.

La resolución 1479 de 2015 y sus normas complementarias tiene como objeto establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte de los departamentos y distritos, denominados entes territoriales, directamente a las entidades prestadoras de los servicios de salud en cuanto al NO POS se refiere, suministrados al régimen subsidiado, con el fin de garantizar la oportunidad en el flujo de los recursos y la sostenibilidad del sistema de seguridad social del país.

Está visto que en el sistema de salud, intervienen diferentes actores, así, finalmente es una cadena donde uno depende del otro en alguna circunstancia, por esta razón es importante asegurar los recursos y garantizar la sostenibilidad de los servicios a corto, mediano y largo plazo, porque aunque la responsabilidad es del estado, todos los papeles son determinantes en este proceso.

En el presente trabajo se realiza una revisión normativa de los actores del sistema de seguridad social en salud y de los sistemas de financiamiento dispuestos por el gobierno para dar viabilidad al mismo; de igual forma se estudia el cómo, porque y para que - generar una propuesta de herramienta para la facturación y cobro de los servicios NO POS.

Adicionalmente, en la entrevista realizada al Gerente del Hospital de Kennedy se identifico la necesidad urgente de estructurar el proceso de facturación y cobro de los servicios NO POS

suministrados a los usuarios del régimen subsidiado, a razón que el cubrimiento por parte del Hospital del costo de estos servicios, está afectando los recursos dispuestos para la atención de los servicios incluidos en el plan de beneficios de salud (POS), toda vez que el dinero entregado al hospital para atender la población está siendo direccionado para cubrir los servicios NO POS de unos pocos, situación que afecta la salud pública.

La elaboración de una propuesta que contribuya al mejoramiento del proceso de facturación y cobro exige la revisión de puntos importantes que facilitan la comprensión del requerimiento, de acuerdo a estos determinantes se inicia el recorrido de la investigación normativa y el registro de los antecedentes y actores involucrados en el sistema de seguridad social en salud específicamente del régimen subsidiado.

Como resultado se diseña la propuesta de la herramienta que incluye una descripción del paso a paso del proceso de facturación desde que ingresa el usuario a la institución prestadora de servicio de salud IPS, teniendo en cuenta la vía de ingreso del paciente (consulta ambulatoria, urgencias u hospitalización), se plantean los flujogramas del proceso y se describe el requerimiento identificando su objetivo, funcionalidad y demás especificaciones.

1. Capítulo I. Planteamiento Del Problema

1.1 Descripción del Problema

La falta de oportunidad en el flujo de recursos del sistema de seguridad en salud de Colombia afecta el cabal cumplimiento de los derechos fundamentales y de solidaridad dispuestos en la Ley 100 de 1993, por lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante MSPS) en búsqueda de mecanismos para asegurar a la población el acceso oportuno mediante el flujo directo y eficaz de recursos reglamento la Resolución 1479 del 2015 en la cual dispone y regula el cobro de los servicios no incluidos en el plan Obligatorio de Salud (en adelante NO POS) entregados a la población del régimen subsidiado, lo cual constituye cambios importantes dentro de los procesos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (en adelante IPS) para lograr el flujo de caja eficiente.

La falta de conocimiento en la gestión del cobro de los servicios NO POS por parte de las IPS hace difícil la implementación de la norma dentro de las instituciones y así mismo el diseño del procedimiento e identificación de las herramientas necesarias para la facturación y cobro a los entes territoriales.

Cabe anotar que la norma en referencia dispone el cobro del servicio NO POS suministrado a los pacientes del régimen subsidiado por parte de las IPS en dos vías, una parte deberá cubrirla las Empresas Promotoras de Salud (en adelante EPS) y otra el ente territorial, situación que hace necesaria una herramienta que controle estos cobros.

La resolución en mención dispone que el cobro de los servicios NO POS al ente territorial debe ser liquidado, descontando el valor del comparador administrativo si el servicio a cobrar tiene uno determinado por el MSPS, o el valor del homólogo del POS en su efecto y el valor de la cuota de recuperación o copago.

Adicional a lo anterior, el valor del comparador administrativo u homologado debe ser facturado directamente a la EPS para ser reconocido con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (en adelante UPC).

De acuerdo con lo anterior se evidencia la necesidad de una herramienta que sistematice la operación mitigando el riesgo de la falta de gestión de los recursos a causa del NO cobro o cobro extemporáneo de los costos NO POS, asegurando un adecuado procedimiento para el registro y control de los costos NO POS en que incurre la entidad al prestar los servicios a los pacientes de régimen subsidiado, procurando aportar a la viabilidad del sistema.

Actualmente las IPS y EPS viven la dificultad del cobro del subsidiado y aunque la norma define unos responsables del cobro de estos servicios, la práctica es realmente difícil ya que el sistema está lleno de trámites que hace su operación lenta y poco eficiente.

Asegurar que las IPS logren implementar en sus sistemas de facturación lo dispuesto en la resolución 1479 del 2015, complementada en la circular externa 000017 del 17 de septiembre del 2015, mejorara la oportunidad y calidad en el cobro de las prestaciones NO POS, disminuyendo la glosa y optimizando el flujo de caja.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo elaborar una propuesta para el diseño de una herramienta para la facturación y cobro de los servicios del régimen subsidiado NO POS de las IPS a entes territoriales en cumplimiento con lo dispuesto en la resolución 1479 del 2015?

2 Justificación

Siendo la salud y su sostenibilidad un tema sensible en nuestro país, el cual ha estado en crisis en los últimos años hasta el punto de producir declaración de emergencia social en el año 2010 por parte del gobierno, fecha a partir de la cual se han visto redoblados los esfuerzos del estado por buscar nuevas y mejores alternativas para el financiamiento, accesibilidad, integralidad y control del sistema en salud, lo que exige un constante cambio operativo y adecuación de los sistemas de información por parte de los actores del sistema.

La ley 10 de 1990 ajusta de manera vertical la estructura del sistema nacional de salud, entre sus modificaciones descentraliza la salud haciendo responsable por su población a los departamentos y municipios; cabe anotar que para este año aun la salud NO es considerado un derecho fundamental, ya que el individuo no era considerado un sujeto de derechos, y la salud se suministraba por caridad.

Los Departamentos serían los responsables de la administración de los hospitales regionales universitarios y los municipios de los hospitales de I nivel, siendo su objetivo lograr una cobertura pública del 90%, esta descentralización se dio con muy poca planeación heredando el estado a los departamentos y municipios cargas prestacionales atrasadas, sumado a esto no sé considero realizar inversión en la red hospitalaria y falta capacitación a los entes territoriales en gestión pública.(ACEMI, 2012).

Posteriormente en la ley 100 se declaró la salud y la seguridad social como derecho fundamental, siendo en el 2001 con la ley 715 donde se establece que le corresponden a la Nación la dirección del sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio Nacional y en la Ley 1430 del 2011 establece que los entes territoriales deben administrar el régimen subsidiado, la resolución 1479 del 2015 estable los lineamientos para el cobro de los servicios NO POS de los usuarios del subsidiado por parte de los entes territoriales.

Mediante la Resolución 1479 del 2015 el gobierno pretende que los servicios NO POS suministrados a los usuarios del régimen subsidiado sean financiados por las entidades territoriales con cargo a los recursos del sistema general de participaciones, como reza la norma:

[...] provistos a usuarios del Régimen Subsidiado, se financiarán por las Entidades Territoriales con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones – Sector Salud - Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los recursos del esfuerzo propio territorial destinados a la financiación del No POS de los afiliados al RS, los recursos propios de las Entidades Territoriales y los demás recursos previstos en la normativa vigente, destinados para este fin (Minsalud, 2015. P.2).

De igual forma la resolución en mención establece que los entes territoriales deben recibir el cobro y realizar el pago directamente a las IPS con el fin de asegurar la oportunidad en la prestación del servicio; debido a la puesta en marcha de la Resolución 1479 del 2015 cuyo objeto es establecer el procedimiento para el cobro y pago de los servicios NO POS por parte de los Departamentos y Distritos a las IPS y con ello mejorar el flujo de caja de la salud, es necesario elaborar una propuesta para el desarrollo de una herramienta para la facturación de los servicios NO POS de las IPS a los entes territoriales y EPS.

El lograr que el sistema de salud consiga ser sustentable en el país es prioridad de todos, por ello, el trabajar de la mano con el gobierno adaptando los sistemas de manera eficiente para fortalecer el control del costo y el flujo de recursos, hará posible que las IPS continúen funcionando con mejor oportunidad y calidad en el mediano plazo.

3 Objetivo general

Elaborar una propuesta para el diseño de una herramienta para la facturación de los servicios NO POS de las IPS a los entes territoriales en cumplimiento a lo dispuesto en la resolución 1479 del 2015.

3.1 Objetivos Específicos

- Analizar la resolución 1479 del 2015 y sus leyes complementarias, para identificar los criterios definidos en la norma como requisito a la presentación del cobro ante los entes territoriales.
- Diseñar el mapa del paso a paso de la prestación del servicio NO POS al régimen subsidiado, pretendiendo estandarizar el proceso y optimizarlo en cada etapa.
- Plasmar el esquema con los procedimientos y necesidades según la ley 1479 del 2015.

4 Marco Referencial

4.1 Marco Teórico

Según la investigación realizada se ha encontrado una perspectiva general en cuanto a que “Los sistemas de salud en el orden en que se describen en la actualidad, no son recientes. Pues históricamente, el primer citado de un seguro de salud se originó en Prusia de Bismarck en la segunda mitad del siglo XIX; reconocimiento, no obstante su dispersión, sólo tuvo lugar seguido a la segunda guerra mundial, dado que su reconocimiento como tal, ha sido sosegado, gracias a que desencadenó lo que marcó, la primera revolución del sector de la salud y los gobiernos dispusieron tomar medidas políticas frente a esta situación, partiendo de la premisa de tener mayor cubrimiento para la población. Esta y otras razones lo han organizado, con la segunda revolución en el sector durante los años 70s y, especialmente, con los intentos correctivos que se han provocado alrededor del mundo, el tema de la salud ha centrado la atención de los analistas y de los gobiernos, dándole la importancia que se merece como unidad elemental sobre el cual reposa no sólo el progreso de la calidad de vida de un estado, sino, globalmente, la defensa y avance del capital humano de las economías.(Minsalud.gov.co, 2013)

La salud en Colombia ha evolucionado con el pasar de los años, aunque de manera muy precaria, a principios del siglo XX las primeras instituciones médicas eran sin ánimo de lucro sin apoyo del estado, fue el clero quien las creó y administró, con el tiempo pasaron finalmente a cargo del estado suministrando asistencia pública de caridad.

Poco a poco han tomado diferentes características, en 1925 se crean los primeros seguros en esta ocasión dirigidos a las fuerzas militares, fue entonces cuando en la constitución de 1936 se incluyeron las primeras normas de seguridad relacionadas con el trabajo, organizando así compromisos y responsabilidades, debiendo el estado asegurar una especial protección a los trabajadores y el estado se convirtió en el garante de la asistencia social. (ACEMI, 2012)

Además de otras reformas en la constitución y antes de la ley 100 de 1993 la cual surgió a partir de la constitución del 91, se fue avanzando hacia el aseguramiento de la salud, fundamentado en una necesidad, como resultado, el nacimiento de la noción de seguridad social en la reforma de la constitución en 1940, a mediados del siglo XX se creó el núcleo inicial de la seguridad social con la fundación del Seguro Social, Caprecom, Cajanal y otras, que durante varios años se mantuvieron y algunas de estas liquidadas en la actualidad debido entre otros a malas administraciones y problemas de insolvencia.

De esta manera y según la ley de la época, los trabajadores estaban vinculados tanto a los servicios de salud como al sistema de pensiones de prima media mediante la afiliación al ISS, CAJANAL u otras cajas de acuerdo a cada sector productivo. Incluyendo al resto de la población, que era atendida por instituciones privadas para quienes contaban con medios de pago y por hospitales públicos para aquellos con menores recursos. (Núñez Jairo, 2012), régimen que cambio desde 1990 con la ley 10 el estado designo la responsabilidad de la salud de su población a los departamentos y municipios (entes territoriales).

Por ultimo en 1991, según la constitución política de Colombia, se declara el Derecho a la salud y a la seguridad social en salud y se reglamenta la Universalidad de la afiliación a la seguridad social, dándole paso a la creación de una serie de entidades para la administración, regulación de los recursos y la atención de la población, por lo cual aparecen las EPS y los diferentes regímenes para la asistencia de la población como lo es, el régimen contributivo y subsidiado, que le asigna un grupo de acuerdo a las características de cada uno, también se establece el plan de beneficios a entregar a los afiliados y vinculados con cargo a la UPC quedando servicios de salud sin cobertura (servicios NO POS) y a cargo del estado.

4.1.1 Crisis del Sector.

Una de las principales causas de la crisis del sector es el financiamiento, la dificultad en el control del Costo de los Servicios NO POS los cuales si bien no forman parte de las responsabilidades contractuales de las EPS, son estas las obligadas de asegurar la prestación de estos servicios a sus afiliados, pero aunque esto genera gastos administrativos, técnicos y tecnológicos los cuales no fueron contemplados por las EPS ni por el MSPS, el gran problema se presenta cuando el FOSYGA y los Entes Territoriales no pagan a las EPS los servicios recobrados previamente pagados a los prestadores.

Es claro, que no es posible que los servicios se incluyan totalmente, en Colombia ni en ningún país del mundo tiene la capacidad de sostener planes ilimitados de salud para toda su población. Consecuentemente, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud, además de garantizar la actualización técnica del POS, contexto que se inició en forma a partir de diciembre de 2013 y que se ve ejecutada al ser nuevamente actualizado el POS en diciembre de 2015, asegurando el MSPS la actualización del POS cada dos años y de igual manera el valor de la UPC asignada a las EPS para la prestación de los servicios POS de su población afiliada.

Es imperioso que el gobierno diseñe mecanismos adicionales para permitir el acceso justo, equitativo y coherente a las prestaciones que han de quedar por fuera del plan de beneficios, ya sea porque corresponden a enfermedades muy raras (llamadas enfermedades huérfanas), porque requiere la reunión de los pacientes en lugares especializados que acaten las guías nacionales e internacionales científicamente reconocidas o porque debido a su alto costo alcancen ventajas significativas para las finanzas de la nación, a través de pactos que contemplen todos los pacientes de Colombia (eficiencias por compras masivas de medicamentos e insumos directamente a las compañías productoras).(Núñez Jairo, 2012)

Es de anotar las diferentes estrategias que viene el MSPS estableciendo con el fin de lograr la viabilidad financiera del sistema como lo son la formulación del NO POS en línea (Resolución 3951 del 2016) vinculando directamente a los médicos exigiendo el ejercicio responsable de su profesión, así como el cobro directo por parte de las IPS a los entes territoriales lo que redunda en beneficio para los diferentes actores del sistema, por un lado la EPS no tiene la responsabilidad del pago de los servicios NO POS de su población del subsidiado aliviando así la carga financiera y las IPS tiene el acceso del cobro directo al ente territorial disminuyendo los tiempos de respuesta debidos a la intermediación.

Para las IPS un aseguramiento único estatal, tal como fue el modelo del ISS hace dos décadas, significa tener el monopolio de un pagador único con la desigualdad que esto encierra a la hora de negociar, tanto proyectos de prestación de servicios, como tarifas y volúmenes. Así, en la medida que Colombia destina anualmente más de \$45 billones al sector de la salud, nuestro deber y compromiso como sociedad es garantizar el buen juicio de estos recursos en el muy largo plazo, para resistir las presiones del acrecentamiento aritmético de gasto médico al que estará sujeto el país y el resto del mundo. (Londoño Juan Luis, 2002)

4.1.2 Componentes y funciones de los sistemas de salud.

Son varios los actores del sistema de salud, para el caso en estudio específicamente se habla del régimen subsidiado, el sistema de financiamiento del SGSSS , los entes territoriales, las EPS – Empresas promotoras de Salud y las IPS – Instituciones prestadoras de servicios de salud, pues es importante mostrar su correlación con el fin de abordar el tema del presente trabajo.

De cualquier forma la función de financiamiento y prestación son las mejor conocidas, en un sentido preciso, el financiamiento hace referencia a la movilización de capital de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los

organismos internacionales), y a su acopio en fondos reales o virtuales (por ejemplo, fondos para el aseguramiento público, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares), que pueden en esta razón ser concedidos a través de diversos convenios institucionales para la producción de servicios.(Londoño Juan Luis, 2002)

En efecto, la situación de prestación señala la composición de insumos dentro de un proceso de producción, la cual ocurre en una estructura organizacional específica y conduce a una serie de productos (i.e., servicios de salud) que generan un resultado (i.e., cambios en el estado de salud del usuario). Como se explorará más allá, es posible admitir un “proceso de financiamiento prestación” integrado por un orden de pasos o subfunciones. Uno de los aspectos cardinales del esquema de las opciones de reforma es la asignación de responsabilidades por cada módulo de dicho proceso. (Londoño Juan Luis, 2002)

Al lado de estas dos funciones tradicionales, todo sistema de salud tiene que desempeñar una serie de funciones cruciales que pueden agruparse bajo el término “modulación”, entendiéndose esta modulación como la línea de relación directa entre la prestación del servicio y el financiamiento del sistema, de acuerdo con la siguiente gráfica:

Ilustración 1 - Ciclo relación prestación y Financiamiento servicios de salud,



Fuente Elaboración de los autores (2016)

Esta es una noción más desarrollada que el de regulación. Implica instaurar, ajustar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como fijar en el mismo una dirección estratégica. (Minsalud.gov.co, 2013)

La ilustración 1 muestra claramente la coyuntura que debe conservar el sistema, lo que incluye mantener un punto intermedio entre el financiamiento y la prestación. En la mayor parte de los sistemas de salud actuales, ésta ha sido envuelta por cualquiera de las otras dos funciones, por lo que se ha sostenido como una función implícita. Una de las revelaciones importantes en muchas de las propuestas de reforma ha sido la de disgregar y determinar la responsabilidad de llevarla a cabo en variadas entidades. Así, “articulación” corresponde a lo que Chernichovsky (1995) llama “organización y gerencia del consumo de la atención”. Este empleo abarca también las funciones de agregación de demanda y representación de consumidores que se asignan a lo que se conoce como el “patrocinador” en los modelos de competencia administrada (Enthoven, 1988; Starr, 1994), lo que se quiere significar con el término “articulación” es la noción de que esta función reúne y da coherencia a diversos componentes de la atención a la salud. (Minsalud.gov.co, 2013)

Para que tal articulación se dé responsablemente, es preciso que los recursos financieros fluyan a la producción y el consumo, por tal razón es indispensable los controles en la recaudación de los recursos establecidos para el financiamiento del sector salud tanto para el cubrimiento del POS como para el NO POS y el retorno de los costos asumidos por las IPS en la atención de sus usuarios con oportunidad.

De igual forma es imprescindible para el control de la administración de tales recursos la especificación clara de lo cubierto por el POS, y sus exclusiones, así como el desarrollo responsable de sus funciones por parte de los jueces al ordenar entregar a sus afiliados a las EPS con cargo a estos recursos únicamente lo que realmente corresponde a la salud, también la organización de las redes de proveedores y prestadores.

4.1.3 Modulación y articulación.

Consciente el MSPS de la necesidad de asegurar una mejor modulación y articulación en el sistema cuando de los servicios NO POS se trata, reglamento un nuevo proceso para el cobro y pago de los mismos el cual requiere para que sea eficiente de desarrollos tecnológicos y capacitación del talento humano.

Por lo anterior es preciso revisar los elementos que contemplan los sistemas de información, según Peña (2006), tienen 5 elementos importantes, los cuales son:

- Financieros
- Administrativos
- Humanos
- Materiales
- Tecnológicos

En el proceso investigativo aparecen diferentes autores y sus puntos de vista, sin embargo otro autor (s/a, 2008a), contradice lo planteado por Peña (2006), se refiere a que un sistema de información consiste en 3 elementos: **humano, tecnología y organización**. En teoría de sistemas, un sistema de información es un sistema automatizado o manual que involucra personas, máquinas y/o métodos organizados de recolección, procesos, transmisión, clasificación y divulgación de datos. (Duany Dangel, 2010)

Ahora bien según Kenneth E. Kendall los componentes más importantes de los sistemas de información son: (Morales, 2012)

Financieros: Es el aspecto económico que permite la adquisición, contratación y mantenimiento de los demás recursos que integran un sistema de información.

Administrativos: Es la estructura orgánica de objetivos, lineamientos, funciones, procedimientos, departamentalización, dirección y control de las actividades; que sustenta la creación y uso de los sistemas.

Humanos: Está compuesto por dos grupos: El técnico, que posee los conocimientos especializados en el desarrollo de sistemas, siendo estos los: Administradores, Líderes de Proyecto, Analistas, Programadores, Operadores y Capturistas. El usuario, representado por las personas interesadas en el manejo de información vía cómputo.

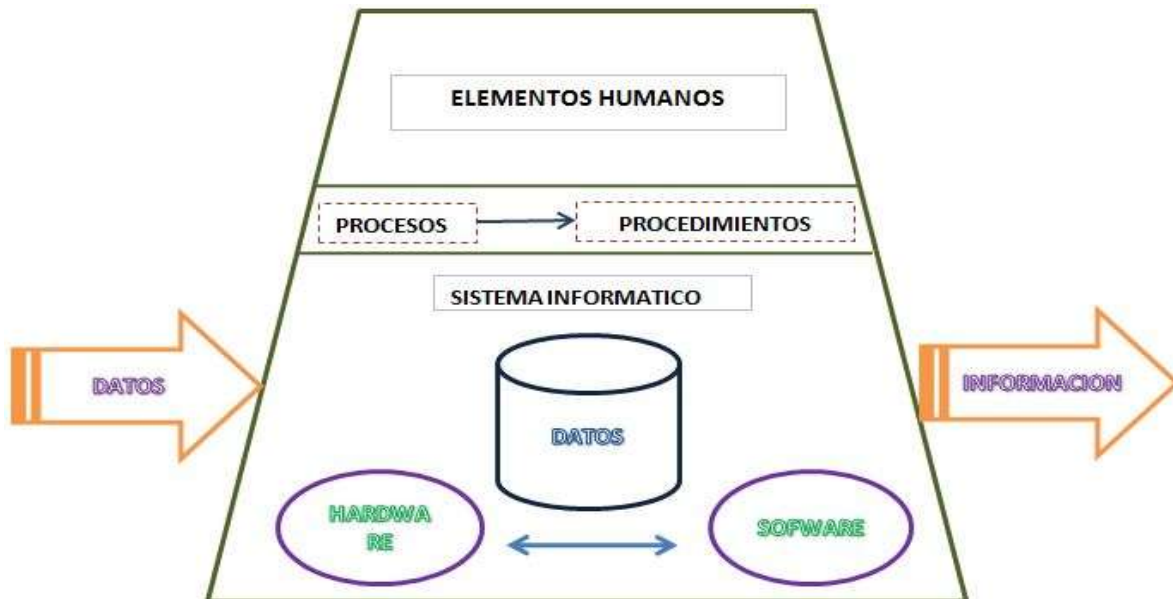
Materiales: Son aquellos elementos físicos que soportan el funcionamiento de un sistema de información, por ejemplo: local de trabajo, instalaciones eléctricas y de aire acondicionado, medios de comunicación, mobiliario, maquinaria, papelería, etc.

Tecnológicos: Es el conjunto de conocimientos, experiencias, metodologías y técnicas; que orientan la creación, operación y mantenimiento de un sistema. (Morales, 2012).

Ahora bien, Magister Horacio Charrez señala que los elementos cambian o se complementan de acuerdo a la necesidad y contempla también los equipos de cómputo y equipos periféricos, el equipo humano que son las personas, que llegado el caso son las que utilizan los sistemas, fuente de información o datos que corresponde a la demanda de los sistemas, las entradas para generar el resultado esperado y en última instancia el hardware y software. (Morales, 2012).

Otro autor desconocido (s/a, 2008b) plantea que un sistema de información está compuesto por 6 elementos claramente identificables, tal y como se muestran en la siguiente figura: (Duany Dangel, 2010)

Ilustración 2 - Elementos sistema de Información,



Fuente Elaboración de los autores (2016)

Los elementos del sistema de información, representados en la Ilustración 2, son:

(1) **Base de Datos:** Es donde se almacena toda la información que se genera en el desarrollo de los procesos para la gestión de la información y toma de decisiones. La información se organiza en registros específicos e identificables, se requiere de un hardware y un software.

(2) **Transacciones:** Corresponde a todos los elementos de interfaz que permiten al usuario: crear, consultar, agregar, modificar o eliminar un registro específico de Información; por medio de las transacciones en que se alimenta la base de datos.

(3) **Informes:** Corresponden a todos los elementos de interfaz mediante los cuales el usuario puede obtener uno o más registros y/o información claramente establecida y estandarizada de acuerdo a criterios de búsqueda y selección definidos a partir de las necesidades del negocio o de las directivas de la empresa.

(4) **Procesos y Procedimientos:** Corresponden a todos aquellos elementos que, de acuerdo a una lógica predefinida, obtienen información de la base de datos y generan nuevos registros de información. Los procesos sólo son controlados por el usuario (de ahí que aparezca en línea de puntos).

Los procedimientos corresponde al conjunto de reglas y políticas de la organización, que rigen el comportamiento de los usuarios frente al sistema, los mismos se definen o establecen a partir de los proceso. Por seguridad de la información los sistemas de información se restringen de tal manera que el usuario NO tiene acceso directo a la Base de Datos. (Duany Dangel, 2010)

(5) **Usuario:** Identifica a todas las personas que interactúan con el sistema, esto incluye desde el máximo nivel ejecutivo que recibe los informes de estadísticas procesadas, hasta el usuario operativo que se encarga de recolectar e ingresar la información al sistema.

(6) **Información:** Hace referencia al producto final, en este caso en particular el sistema más que los informes, debe generar las facturas de cobro de los servicios NO POS prestados en particular al régimen subsidiado de acuerdo a los criterios establecidos en la Resolución 1479 del 2015 y los formatos preestablecidos por los entes territoriales para su radicación.

4.2 Marco Conceptual

Con el fin de hacer comprensible los puntos analizados y expuestos durante el desarrollo de la propuesta de la herramienta de facturación es importante entrar en contexto respecto a la terminología a emplear por su carácter técnico.

El Plan Obligatorio de Salud (POS) es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya

prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud y los entes territoriales de acuerdo a su población afiliada.

Las tecnologías en salud NO POS está conformado por las Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, que no se encuentran contenidos en el Plan de Beneficios.

En la atención de servicios NO POS existen dos vías que hacen exigible tal hecho, uno de ellos es la autorización del comité técnico científico dispuesto en la resolución 5395 del 2013 la cual establece los criterios y lineamientos para su realización, es el comité técnico científico¹ el proceso de carácter administrativo donde la EPS debe evaluar todos los casos radicados por los usuarios tras una prescripción del médico tratante de una tecnología NO POS necesaria para el tratamiento de la enfermedad .

Con el fin de unificar el documento que se genera en el comité como constancia de su sesión, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección social estandarizo el formato a utilizar por todas las EPS.

En el acta del comité Técnico Científico (CTC) queda registrada la decisión del comité; son los casos autorizados obligación de la EPS y en este caso del ente territorial asegurar el suministro del mismo al usuario.

La segunda vía de acceso es por orden judicial mediante fallo de tutela; documento donde reposa la decisión del juez de tutela, el cual es de obligatorio cumplimiento, este mecanismo es utilizado por los usuarios directamente con un juez de tutela en el cual solicitan se respete los derechos vulnerados por la NO prestación de los servicios ordenados por su médico tratante.

¹ El comité técnico científico está conformado por un médico de la EPS, un médico de una de las IPS de la red de prestadores y un usuario, este último para dar certeza de que el comité se reúne y efectivamente evalúa todos los casos radicados ante la EPS

La prescripción de los servicios de salud se da por diferentes vías de la prestación del servicio, una de ellas es la atención de urgencias la cual hace referencia a la atención a la cual accede el usuario directamente, en este tipo de atención los servicios NO cubiertos por el POS son suministrados sin que medie una autorización de CTC o un fallo de tutela, sin embargo, al finalizar la atención la IPS debe tramitar mediante el CTC de la EPS la autorización para legalizar la atención con el fin de proceder a realizar el cobro de los servicios prestados.

Para el ente territorial evaluar el cobro de los servicios NO salud exige la evidencia de la prestación del servicio, el cual para los casos de urgencias u hospitalización es la epicrisis la que da la certeza de tal prestación, este documento es reglamentado en la resolución 3374 del 2000 y contiene el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación, o de hospitalización.

Ahora bien, en la facturación de los servicio en salud No Pos al ente territorial se deben realizar unos descuentos los cuales deben ser cubiertos por la EPS con los recursos del POS; esto hace referencia al Homologo en el POS, es decir la tecnología cubierta en el POS que reemplaza o sustituye el servicio NO pos a recobrar, y por otro lado se encuentra el comparador administrativo que corresponde a Tecnologías en salud incluidas en el POS las cuales el MSPS dispuesto para ser utilizadas por las entidades para realizar el cálculo del valor a ser pagado por las entidades responsables del pago.

Una vez prestado el servicio de la tecnología en salud NO cubierta por el Pos previa autorización del CTC u orden por fallo de tutela , facturado el servicio y recopilado los soportes para el cobro, las IPS deben realizar la radicación del cobro ante el ente territorial, proceso en el cual los entes territoriales acogieron los formatos establecidos en la Resolución 5395 del 2013, entre estos documentos soportes se encuentra en MYT_R, formato que resume todas las cuentas presentadas para ser auditadas y avaladas para el pago, adicional certifica que la información

entregada por parte de las IPS y EPS es cierta y puede ser verificada, este formato es suscrito por el representante legal y el contador público.

Formato MYT_01 formato que debe llevar cada cobro autorizado por CTC, el cual muestra en forma detallada los datos del usuario, la liquidación de los servicios facturados.

Formato MYT_02 formato que debe llevar cada cobro ordenado por Fallo de tutela, el cual muestra de forma detallada los datos del usuario, la liquidación de los servicios facturados.

El proyecto se basa en la propuesta de una herramienta para que las IPS realicen su cobro directamente al ente territorial con los criterios definidos por la resolución 1479 del 2015, para ello es indispensable crear la base de datos(BD), que es la plataforma tecnológica que permite almacenar la información que se requiere de forma organizada para realizar con base en una parametrización previamente establecida la facturación y el alistamiento del cobro de manera sistematizada.(Minsalud Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

4.3 Marco Legal

La constitución política de Colombia de 1991 declara el Derecho a la salud y a la seguridad social en salud y declara la Universalidad de la afiliación a la seguridad social; en su artículo 44 se declaró como derechos fundamentales de los niños la salud, en su artículo 48 indica:

“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.”

Artículo 49 declaro que:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la Prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley” (Constitución Política de Colombia de 1991)

Al igual en la constitución política se define la distribución de los recursos para asegurar entre otros el cubrimiento de los costos que se derivaran de asegurar el derecho a la salud de los colombianos, en su Capítulo 4 indica:

“Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños”.

Artículo 336 *“...Las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, estarán destinadas preferentemente a los servicios de salud y educación...”* (Constitución Política de Colombia de 1991)

En su artículo 366 que el objetivo fundamental del estado dar solución a las necesidades insatisfechas, por lo cual este artículo reza

“El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación” (Constitución Política de Colombia de 1991, pág. 87)

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la constitución política del 91 se reglamentó la Ley 100 de 1993 la cual creó el sistema de seguridad social integral aún vigente, así:

Capítulo II – **Artículo 5**

“Creación. En desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política, organizase el sistema de seguridad social integral cuya dirección, coordinación y control estará a cargo del Estado, en los términos de la presente ley.”

“ARTICULO. 8º- Conformación del sistema de seguridad social integral. El sistema de seguridad social integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos

para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley.”

LIBRO SEGUNDO – El sistema general de seguridad social en salud, el Artículo 153 establece que las reglas del servicio público de salud son: Equidad, obligatoriedad, protección integral, Libre escogencia, autonomía de las instituciones, Descentralización administrativa, participación social, concertación, calidad.

En su artículo 155 establece los integrantes del sistema general de seguridad social en salud entre los cuales están las Empresas promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadores de servicios de salud, públicas, Mixtas o privadas.

Las características básicas del sistema general de seguridad social en salud son establecidas en el artículo 156 dentro de las cuales se encuentran:

[...] a) El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el sistema general de seguridad social en salud;...”

[...] c) Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el plan obligatorio de salud...”

[...] j) Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el fondo de solidaridad y garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad;...”

[...] o) Las entidades territoriales celebrarán convenios con las entidades

promotoras de salud para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado de que trata la presente ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el fondo de solidaridad y garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente ley, y..” (Ley 100 de 1993, congreso de la República de Colombia, págs. 196 - 200).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano funciona bajo un diseño donde interactúan diversos actores, en gran parte articulados por la Entidad Promotora de Salud (EPS), la cual recibe un pago por cada afiliado al sistema, llamado Unidad de Pago por Capitación, UPC y con estos recursos tiene como objetivo la administración de los riesgos en salud de sus afiliados. Dadas todas las interacciones existentes dentro del sistema de salud, se evidencia una relativa complejidad que desafortunadamente aún no ha sido entendida por la mayoría de los usuarios y ha dificultado el seguimiento de los recursos por parte de los entes de control. El flujo de recursos y su destinatario final: los asegurados. Uno de los principios de este sistema es la universalidad del servicio, entendido como la afiliación obligatoria a una EPS por parte de todos los ciudadanos. (Nuñez Jairo, 2012)

El sistema de salud contempla dos tipos de afiliados, los afiliados mediante el régimen contributivo el cual corresponde a las personas vinculadas a través de contratos de trabajo y sus familias, los pensionados, jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago y el régimen subsidiado que corresponde a las personas sin capacidad de pago.

En el Capítulo III de la Ley 100 se establece un plan de salud obligatorio el cual determina las actividades de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. – (Ley 100 de 1993, congreso de la República de Colombia).

Así la ley, las EPS (empresa promotora de salud) y EPSS (empresa promotora de salud subsidiado) están obligadas a entregar a sus afiliados únicamente los servicios contemplados en el plan de obligatorio de salud, al igual que al gobierno le asiste la obligación de asegurar la salud de los colombianos, por lo cual es su obligación cubrir los costos que se generen al prestar los servicios NO contemplados en el plan obligatorio de salud; hoy por hoy es obligación de las EPS y EPSS entregar estos servicios a sus usuarios y realizar el recobro de estos costos a los entes territoriales y al FOSYGA (fondo de solidaridad y garantías) creado de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 218 de la ley 100 de 1993 el cual dice

[...] Créase el fondo de solidaridad y garantía, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el estatuto general de la contratación de la administración pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.”(Ley 100 de 1993, congreso de la República de Colombia, pág. 308).

Si bien los procesos de facturación de los servicios de salud se encuentra reglamentados por el MSPS, los mismos han sido claros y constantes en el tiempo cuando los servicios a cobrar están incluidos en el POS, sin embargo otro es el caso de los servicios NO POS los cuales tiene procesos más complejos para su pago por parte del FOSYGA o los entes territoriales.

El MSPS en su afán de establecer mecanismos para asegurar la sostenibilidad del sistema reglamento la Resolución 1479 del 2015 en la cual define dos procedimientos para el cobro de los servicios NO POS; Primero: Debido a que los entes territoriales como responsables de administrar el régimen subsidiado de acuerdo con la ley 1438 del 2011 – artículo 29 espera que

el ente territorial organice su propia red integral de prestadores – Modelo centralizado, Segundo: modelo No centralizado en el cual es la EPS la responsable de contar con la red de prestadores.

La resolución 1479 del 2015 establece el pago directo por parte del ente territorial a las IPS – Instituciones prestadoras de Salud, para ello en el modelo centralizado las IPS son quienes deben realizar el cobro de los servicios NO POS prestados a los usuarios del sistema pertenecientes al régimen subsidiado, eliminando esta responsabilidad de las EPSS y estableciendo los mecanismos para tal fin, con lo cual las IPS van a sufrir un impacto grande al interior en sus procesos de ordenación, Facturación y reclamación haciendo imperioso asegurar que este cambio normativo sea lo menos traumático posible ya que de ello depende la oportuna recuperación de los Recursos gastados en la prestación de los servicios NO POS para lograr la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia.

4.3.1 Régimen subsidiado-

La ley 100 del 93 en su artículo 211 establece que el régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley. (Congreso de la Republica de Colombia, 1993)

El propósito del régimen subsidiado es financiar la atención en salud a la población pobre, sus familias y aquellas que se encuentran en estado de vulnerabilidad que no tienen capacidad para cotizar, en este momento cubre a aquellas personas que No cuentan con un trabajo o una actividad económica que genere ingresos.

Para determinar si una persona tiene o no derecho a la afiliación al régimen subsidiado, independiente del puntaje del sisbén, se consideran los siguientes criterios:

- No tienen derecho al régimen subsidiado las personas que tengan vínculo laboral vigente.
- No tiene derecho al régimen subsidiado quienes perciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo.
- No tiene derecho al régimen subsidiado quienes estén pensionados.
- No tiene derecho al régimen subsidiado quienes como beneficiarios de otra persona estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a cualquiera de los regímenes de excepción (Saludcapital).

Al igual que en el régimen contributivo los beneficiarios del régimen subsidiado tienen derecho al acceso directo y prestación de los servicios incluidos en los planes de beneficios, los cuales a partir del 2013 son iguales para el contributivo como para el subsidiado, de igual forma en la atención de la salud cada día los médicos tratantes se ven en la necesidad de formular servicios que NO están contemplados en el plan de beneficios – POS, pero que son necesarios para la curación de la enfermedad y la recuperación de la salud, por ello cada “...entidad departamental o distrital deberá establecer el gasto per cápita de la población afiliada al Régimen Subsidiado de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios que sean requeridos con necesidad, conforme al criterio del médico tratante de las Entidades Promotoras de Salud u ordenados por fallo de tutela. Para lo anterior, las entidades tomarán la información de los últimos tres (3) años respecto al costo de los servicios y/o tecnologías No POS suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, a cargo de las Entidades Territoriales, dividiéndola por el número de personas afiliadas al Régimen Subsidiado. Igualmente, deberán tenerse en cuenta los precios de los medicamentos sujetos a régimen de control de precios,

definidos por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, o la entidad que haga sus veces.

El gasto per cápita en servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de la población afiliada al Régimen Subsidiado, se multiplicará por el número de afiliados a dicho régimen para cada vigencia del Plan. Se determinará el crecimiento del gasto per cápita para cada año de estos servicios, con base en el índice de inflación esperado en el marco fiscal de mediano plazo y deberá ser ajustado periódicamente de acuerdo con el comportamiento de la demanda de estos servicios, utilizando promedios móviles”, esto con el fin de asegurar el financiamiento para la prestación de los servicios NO POS a la población en mención. (Dirección de Financiamiento Sectorial, 2016).

Debido a la crisis del sector es importante mencionar el esfuerzo que han realizado los entes territoriales con el fin de mejorar el financiamiento del sector sumando a los recursos propios y las rentas cedidas parte de las regalías. (Nuñez Jairo, 2012), sumado a esto a partir de diciembre del 2013 mediante la Resolución 5521, el gobierno logró unificar el plan de beneficios –POS del contributivo y el subsidiado.

4.3.2 Sistema de financiamiento del SGSSS².

Siendo del Ministerio de salud – Minsalud la entidad encargada de Sistema General de seguridad social en salud, es quien tiene la responsabilidad de generar las políticas, los planes, programas y proyectos en materia de financiamiento y sistemas de información.

Las principales fuentes de recursos de la salud son públicas, de las cuales se destacan las correspondientes a las cotizaciones de trabajadores y los aportes patronales -que obligatoriamente

²SGSSS – Sistema General de Seguridad Social en Salud

se deben hacer para todo trabajador afiliado al régimen contributivo-, a los recursos del presupuesto nacional y a las rentas cedidas.

Igualmente, se encuentran aportes de otras cargas parafiscales, como los de las Cajas de Compensación Familiar para financiar el régimen subsidiado. Para la financiación de la atención a este régimen, también se destinan recursos propios de departamentos y municipios, las regalías y otros recursos de libre destinación de las entidades territoriales, se considera que los recursos de las cotizaciones de los trabajadores son públicos; específicamente, son una carga o aporte parafiscal de empleadores y empleados, que son administrados y distribuidos por el Ministerio de Salud a través del Fosyga. (Nuñez Jairo, 2012).

El fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA - fue creado por el artículo 218 de la ley 100 del 93, es una cuenta adscrita al Ministerio de salud y está compuesto por las siguientes subcuentas:

- Subcuenta de compensación interna de Régimen Contributivo: su función es administrar los recursos del régimen contributivo, es decir , establece el proceso de recaudo y control de los aportes (pago salud trabajadores dependientes e independientes) y permite el proceso de compensación entre las EPS y las entidades obligadas a compensar EOC; el proceso de compensación es el giro de la unidad de pago por capitación (UPC) a las EPS para cubrir los costos por la prestación de los servicios contemplados en el POS de la población a cargo.
- Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud: Su función es financiar la ampliación y renovación del régimen subsidiado, subsidio a la demanda del régimen subsidiado mediante el giro a las EPS para la prestación de los servicios contemplados en el POS de la población del régimen subsidiado a su cargo y el déficit de las cajas de compensación, fallos de tutela, etc.

Los ingresos de esta cuenta corresponden a 1.5 puntos de la cotización mensual del régimen contributivo y de los Regímenes especiales y de excepción (Decreto 780 de 2016), y 1 punto de la cotización de los pensionados (Ley 1250 de 2008). (Dirección de Financiamiento Sectorial, 2016).

- Subcuenta de Promoción de la salud: Su finalidad es financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y prevención de la enfermedad.

Su financiamiento se da con recursos obtenidos de la cotización del régimen contributivo, recursos que asigna el gobierno para estos planes, Rendimientos financieros de la subcuenta y el impuesto a las municiones y explosivos (artículo 48 ley 1438 de 2011). (Dirección de Financiamiento Sectorial, 2016).

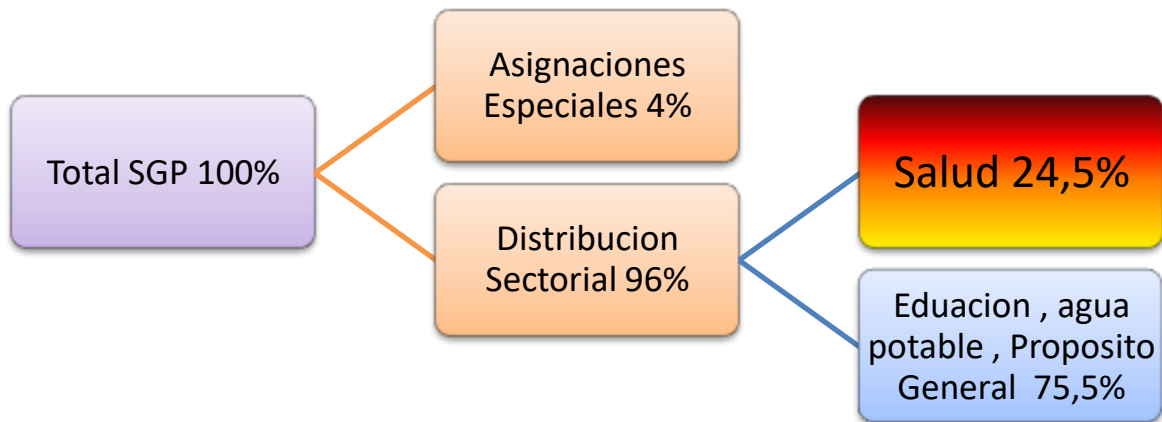
- Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, según el artículo 167 de esta Ley: Básicamente su función es cubrir indemnizaciones, gastos y servicios de salud prestados a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos naturales y terroristas, desplazados, es decir estas últimas víctimas del conflicto armado interno del país. Su financiamiento es constituido por transferencias de las aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, recursos que recupere el FOSYGA por incumplimiento del propietario del vehículo en la obligación de adquirir el SOAT, rendimientos de las inversiones. (Dirección de Financiamiento Sectorial, 2016).

Así como el régimen contributivo obtiene su financiación de las cotizaciones de los trabajadores dependientes e independientes para cubrir los servicios incluidos en el POS, el régimen subsidiado tiene sus propias fuentes de financiamiento como los son:

- Subcuenta de solidaridad del FOSYGA

- Sistema General de Participaciones: constituido por los recursos que la nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la constitución Política a las entidades Territoriales (Dirección de Financiamiento Sectorial, 2016).

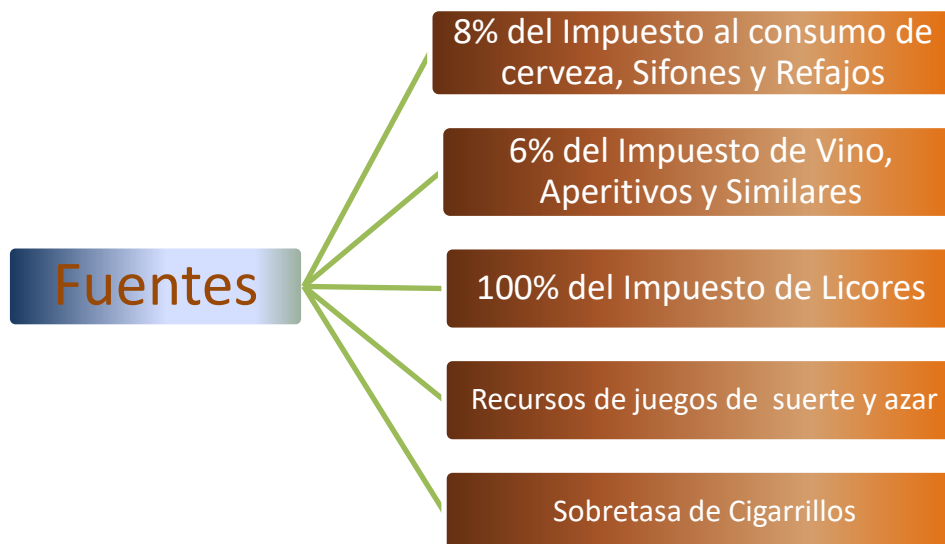
Ilustración 3 - Sistema General de Participaciones – SGP



Fuente Elaboración de los autores (2016).

- Aportes Patronales
- Rentas Territoriales destinadas a salud

Ilustración 4 - Fuentes Rentas destinadas a Salud, según documento Fuentes de Financiación y usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

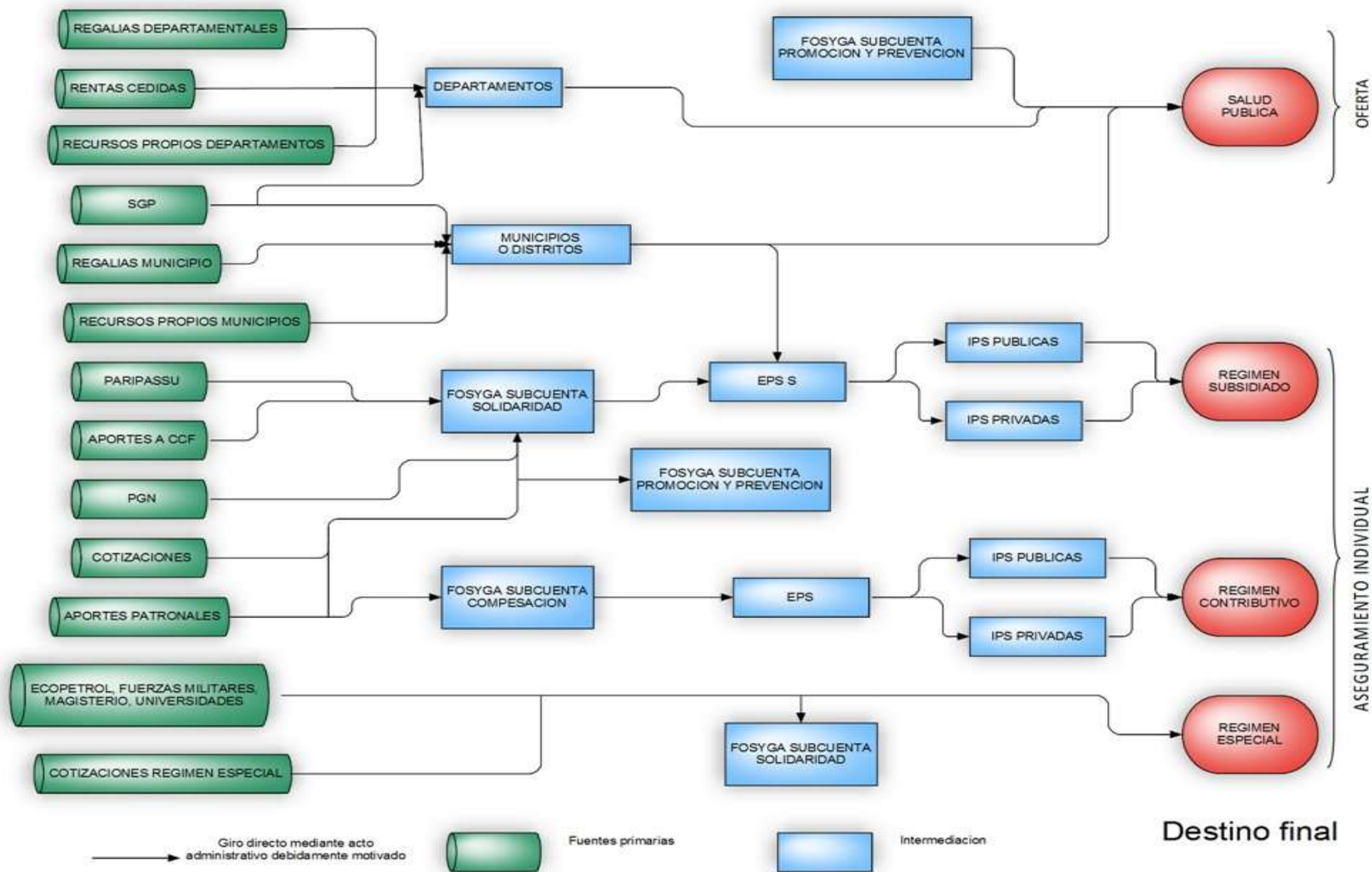


Fuente Elaboración de los autores (2016).

- Fondo de salvamiento y garantías para el sector Salud – FONSAET, Recursos de Aportes Patronales, entre los usos de estos recursos se encuentra cubrir los costos causados por servicios prestados a la población No afiliada y para el pago de los servicios NO incluidos en el Plan de Beneficios – POS- prestados por las IPS(Dirección de Financiamiento Sectorial, 2016).

La Dirección de Financiamiento Sectorial –DFS–del Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de la función de seguimiento y evaluación de la ejecución de los recursos fiscales, parafiscales y demás fuentes y de las acciones y metas de financiamiento del SGSSS en los niveles nacional y territorial, entre otras, estructuró el Documento “FUENTES DE FINANCIACIÓN Y USOS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –SGSSS -“ que se entrega a los ciudadanos y en especial a los responsables de las áreas financieras de los fondos departamentales, distritales y locales de salud, como un instrumento guía para el conocimiento, estudio, conceptualización, proyección, presupuestación, administración, registro y reporte de los recursos financieros con los cuales se financian los objetivos del sistema de salud(Dirección de Financiamiento Sectorial, 2016).

Ilustración 5 – Flujo de Recursos del Sistema de Salud

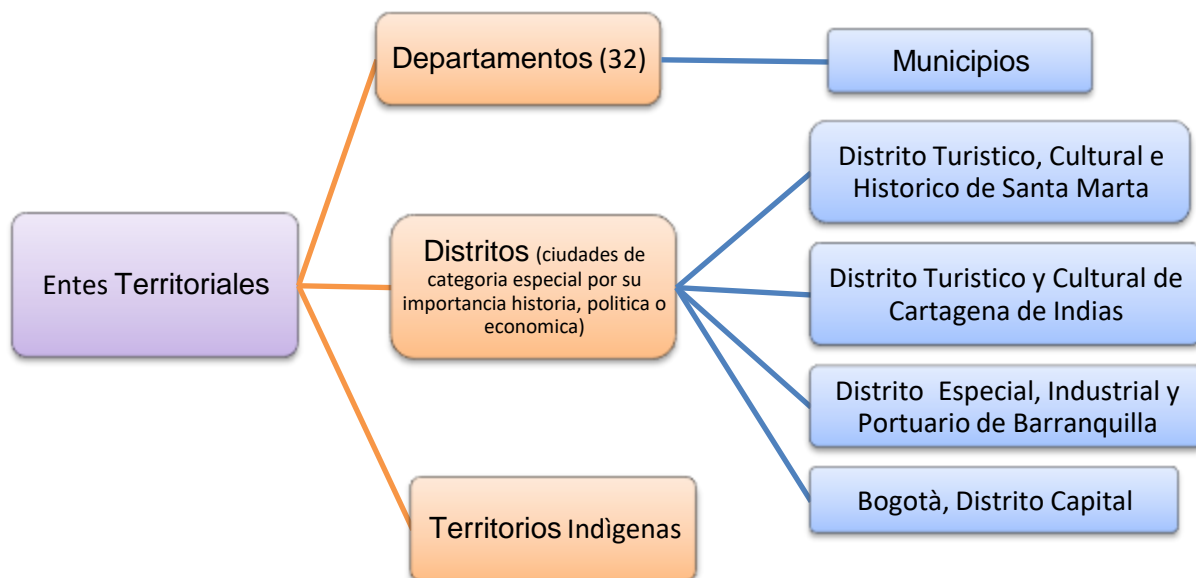


Fuente (Nuñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Jaime, 2012)

4.3.3 Entes territoriales.

Como ya se ha mencionado en el presente trabajo los entes territoriales son los encargados de administrar los recursos de la población del régimen subsidiado, por ello es importante definir que los entes territoriales están conformados por los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas (artículo 286 de la constitución política de 1993).

Ilustración 6 - Conformación Entes Territoriales



Fuente Elaboración de los autores (2016)

En el artículo 287 de la constitución política de Colombia de 1993 establece los derechos de los entes territoriales, así:

“ARTICULO 287. Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos:

1. Gobernarse por autoridades propias.

2. Ejercer las competencias que les correspondan.
3. Administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
4. Participar en las rentas nacionales. “(Asamblea Nacional Constituyente, 2002, pag.68)

Por otro lado la Ley 715 de 2001 en el capítulo II “Competencias de las entidades Territoriales en el sector Salud”, en sus artículos 43, 44 y 45 establece las competencias de los Departamentos, municipios y distritos en el sector salud, es importante mencionar que esta ley Deroga la Ley 60 de 1993 la cual estableció inicialmente estas competencias y estuvo vigente hasta el 21 de diciembre del 2001.

4.3.4 IPS – Institución prestadora de servicios de salud.

Las IPS - Instituciones prestadoras de servicios de salud son aquellas empresas cuyo objeto social radica en la prestación de servicios de salud y se encuentran debidamente habilitadas³ por el MSPS para su funcionamiento; estas empresas pueden ser de carácter privadas o públicas y se dividen por niveles de complejidad el cual es determinado de acuerdo con su capacidad Tecnológica y científica.

³ Sistema Único de Habilitación: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). (Ministerio de Salud y Protección Social)

Ilustración 7 - Clasificación Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



Fuente (UNAD, 2013)

Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias (tales como: clínicas, hospitales, centros de atención, entre otras) organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas.

Las funciones de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud es prestar los servicios de Salud de acuerdo con su nivel de atención correspondiente⁴ a los afiliados, beneficiarios y manteniendo los principios de calidad y eficiencia.

A grosso modo la red de instituciones prestadoras de Servicios de salud – IPS están formadas por laboratorios clínicos, Hospitales, Clínicas, UBAS (unidades básicas de atención), etc., y su principal ingreso se da por el pago de los servicios en salud prestados por parte de las EPS, Entes territoriales, FOSYGA, Empresas de medicina Prepagada, regímenes excepcionales.

⁴ Circular externa 018 del 23 de septiembre del 2015 mediante la cual la SUPERSALUD establece los Grupos de Clasificación de Instituciones

4.4 Marco Metodológico

4.4.1 Método

La investigación se puede clasificar, según la clase de medios utilizados para obtener los datos, en explicativa, debido a que se debe analizar las causas y consecuencias que producen el fenómeno.

Según su profundidad, se clasifica en Descriptiva, ya que se caracterizan los procesos de la organización.

El método teórico adaptado a nuestro proyecto hace referencia principalmente a la aplicación de análisis y síntesis, inducción y deducción, asimilando que la identificación de variables en un contexto hipotético supera las expectativas del investigador.

4.4.2 Técnicas

Para la recolección de la información se utilizarán las siguientes técnicas:

a) Revisión Normativa

Revisión detallada de la resolución 1479 del 2015 y la circular externa 017 del 17 de septiembre del 2015

b) Entrevista al Gerente del Hospital de Kennedy

4.4.3 Instrumentos.

- Cuestionario entrevista – ver anexo 1

4.4.4 Fuentes.

Fuentes Primarias: Entrevista

Fuentes secundarias: La resolución 1479 del 2015 y la circular externa 017 del 17 de septiembre del 2015.

4.5 Marco Institucional

4.5.1 Hospital de Kennedy

4.5.1.1 Ubicación.

El hospital de Kennedy está ubicado en la localidad 8, que lleva su mismo nombre, de la ciudad capital de Bogotá, en la dirección Transversal 74 F No 40 B – 54 Sur, sede principal y cuenta con 2 sucursales, la Unidad de Salud Mental y la sede Tintal.

4.5.1.2 Reseña Histórica.

El Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, nació con la iniciativa del Gobierno Distrital de prestar servicios de salud a un amplio sector de la zona sur occidental del Distrito Capital. Se inauguró el 30 de junio de 1984, con la prestación de los servicios de urgencias y consulta externa, junto con el apoyo de algunos servicios auxiliares de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Fue transformado en Empresa Social del Estado, Mediante el Acuerdo 17 de 1997 del Consejo de Bogotá.

El Hospital ofrece servicios de III nivel de complejidad, a la población del nivel nacional, Distrital y especialmente a la ubicada en la Red Sur Occidente apoyado por los hospitales de la red, como son: Fontibón II Nivel, Pablo VI Bosa II Nivel, Bosa I Nivel y Hospital del Sur I Nivel; adscritos a la Secretaria Distrital de Salud.

Desde su creación, el Hospital ha sido una institución prestadora de servicios de salud durante las 24 horas del día, cuenta con 302 camas, brindando atención en las siguientes especialidades:

- Ginecobstetricia

- Ortopedia
- Traumatología
- Medicina Interna
- Salud Oral y Maxilofacial
- Pediatría
- Servicios Quirúrgicos Especializados
- Unidades de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales
- Unidad de Salud Mental

Esta última, ofreciendo atención integral a pacientes con enfermedad mental en la modalidad de "Unidad de Agudos" para pacientes críticos, con sede en Floralia. Adicionalmente el programa de "Hospital Día para Adulto" y "Hospital Día para Niños y Adolescentes" en la UPA 30, sumado al adelanto en programas de promoción y prevención, así como la implementación de atención integral al paciente VIH SIDA.

A partir del año 2005, la entidad empezó a prestar los servicios de Cirugía Estereotáxica, Cirugía de Epilepsia y Movimientos Anormales, Optometría, Uro-dinamia, Nefrostomía, Biopsias Renal y Suprarrenal, Procedimientos Quirúrgicos y Estudios Diagnósticos Vasculares, Terapia Endovascular, Oxígeno Domiciliario, Cirugía Bariátrica, Diálisis Renal, Neurocirugía pediátrica, sala de Cuidados Intermedios Adultos, Servicios de Oncología, entre otros.

Obedeciendo a su naturaleza de tercer nivel de atención y a su vocación por la enseñanza y el servicio, el Hospital Occidente de Kennedy ha realizado convenios con diversas entidades de educación superior, gracias a los cuales cuenta con el apoyo técnico, científico y administrativo de facultades dedicadas a la formación de profesionales en el área de la salud. En esta labor docente, se han realizado trabajos científicos de alta calidad, algunos de ellos con reconocimiento nacional.(Alcaldía mayor de Bogotá, 2016).

5 Capítulo II. Resultados

5.1 Revisión Normativa

Para la elaboración de la propuesta de la herramienta de facturación y cobro es preciso realizar un análisis minucioso de la resolución 1479 del 2015 y la circular externa 017 del 17 de septiembre del mismo año, con el fin de identificar lo establecido en la norma respecto al cobro de los servicios NO pos prestados a la población del régimen subsidiado.

5.2 Análisis Resolución 1479 del 2015

Mediante la Resolución 1479 del 2015 el ministerio de Salud y Protección social en consideración a que los entes territoriales tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad como lo indica la ley 715 del 2001, que la responsabilidad que le asiste a las EPS se limita a la prestación de los servicios del plan obligatorio de salud – POS, que la sentencia T760 del 2008 indica que el MPS debe definir el procedimiento para la verificación, control y pago de los recobros, resolvió establecer el mecanismo para el recobro o cobro de los servicios de salud NO pos del régimen subsidiado.

La citada resolución se encuentra dividida en 4 títulos:

5.2.1 Título I Aspectos generales.

Determina el objeto de la resolución el cual es establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte de los entes territoriales a las entidades prestadoras de salud por los servicios NO Pos suministrados a su población por orden judicial o por autorización del comité técnico científico.

Establece el ámbito de aplicación la cual involucra a los entes territoriales, Departamentales y Distritales, a las IPS y a las administradoras de planes de beneficios específicamente para la población del régimen subsidiado.

5.2.2 Título II Garantía de la prestación de Servicios y Tecnologías NO cubiertas por el plan Obligatorio de Salud.

Artículo 4 Define que a partir de la evaluación de la situación de Salud realizada por cada Departamento o Distrito, los mismos definirán el modelo a adoptar de acuerdo con lo establecido en los Capítulos I y II de la resolución en mención.

Artículo 5 indica que para la entrega de servicios en salud NO Pos se dispondrá de lo autorizado por el comité técnico científico conformado por la EPS de acuerdo a los lineamientos de la resolución 5395 del 2013, con la diferencia que el ente territorial podrá enviar un representante para participar en el comité técnico científico el cual tendrá voz pero no voto para la toma de la decisión final.

5.2.3 Título II – Capítulo I Garantía del suministro de servicios y tecnologías no cubiertas en el plan obligatorio de salud, centralizada en la entidad territorial.

El presente capítulo especifica el método a seguir por los entes territoriales para la conformación de la red de prestadores y instituye el mecanismo mediante el cual el ente territorial debe dar a conocer a sus afiliados la red de prestadores contratada.

La red principal de prestadores estará conformada por las empresas sociales del Estado (Hospitales, centro de salud, etc) y en aquellos casos que estos no cuenten con los servicios o tecnologías requeridas para el tratamiento de la enfermedad podrá el ente territorial contratar con entidades privadas debidamente habilitadas por el Ministerio de Salud.

Para el acceso a los servicios NO pos el artículo 7 de la resolución en estudio fundamenta la línea de entrada y los mecanismos de autorización para la prestación de los servicios así:

- Servicios NO pos en atención de urgencias o en hospitalización
- Si el prestador se encuentra en la red de prestadores y la atención se trata de una urgencia manifiesta, prestara primero el servicio y posteriormente solicitara a la EPS la realización del CTC⁵ o la autorización por cobertura por fallo de tutela,
- Si el prestador se encuentra en la red de prestadores y la atención NO trata de una urgencia manifiesta, deberá solicitar a la EPS la autorización del CTC⁶ previo a la prestación del servicio o la autorización por cobertura por fallo de tutela,
- El pago⁷ deberá ser gestionado directamente con el Ente Territorial de acuerdo con las condiciones establecidas en los contratos de prestación de Servicios firmado entre la IPS y el Ente Territorial
- Si la IPS tiene el servicio habilitado y no tiene contratado los servicios con el Ente territorial deberá mediar para la prestación del servicio la autorización del CTC⁸ o por orden judicial (fallo de Tutela), solo en urgencia manifiesta la autorización del CTC podrá ser posterior a la prestación del servicio y el pago se debe tramitar directamente con el Ente Territorial.
- Si la IPS no tiene habilitado el servicio que requiere el paciente , deberá remitir al paciente a una de las IPS que se encuentren en el listado de prestadores publicado por el Ente Territorial (referencia y contrareferencia)

De no existir una IPS que pueda prestar el servicio requerido en el listado mencionado en el punto anterior, la IPS debe comunicarse con la EPS quien deberá asignar una IPS de su red

⁵ De acuerdo a los lineamientos definidos en el artículo 10 de la Resolución 5395 del 2013, caso urgencia manifiesta

⁶De acuerdo a los lineamientos definidos en el artículo 10 de la Resolución 5395 del 2013

⁷Para el pago también se tendrán en cuenta los criterios establecidos en el Decreto 4747 del 2007

⁸De acuerdo a los lineamientos definidos en el artículo 10 de la Resolución 5395 del 2013

para remitir al paciente y que este finalmente sea atendido, de igual forma debe mediar la autorización del CTC u orden judicial y los pagos los deberá tramitar la IPS directamente con el ente territorial.

- Para los servicios NO POS ambulatorios autorizados por el CTC, la EPS deberá comunicarse con la Entidad Territorial para que la misma indique la IPS que prestara el servicio en un tiempo no superior a 5 días, si transcurrido este tiempo el Ente Territorial no da respuesta a la solicitud es responsabilidad de la EPS revisar en la lista de prestadores publicada por el Ente territorial y definir la entidad que atenderá al usuario, también es responsabilidad de la EPS comunicar con oportunidad al usuario para que pueda acceder al servicio requerido.

5.2.4 Título II – Capítulo II Garantía de la Prestación de Servicios y Tecnologías NO cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud a través de las Administradoras de planes de beneficios que tienen Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.

Las administradoras de planes de beneficios (EAPB) de los afiliados del régimen subsidiado deben garantizar la prestación de los servicios NO POS autorizados por el CTC u ordenados por fallo de tutela, para ello y en el caso de los autorizados por CTC la EPS debe en el término de 2 días direccionar a los pacientes a la IPS que deberá prestar el servicio, esto dentro de su red contratada.

Para el cobro de los servicios las administradoras de planes de beneficios (EAPB) debe presentar ante el ente territorial los documentos soportes de que trata la Resolución 1479 del 2015 en el Título III y los dispuestos por los entes territoriales en sus actos administrativos.

La factura que resulte de la prestación de los servicios NO POS se radicara directamente ante el ente territorial, es importante aclarar que la misma será pagada directamente por el ente

territorial a la IPS una vez supere los procesos de verificación y control, por lo tanto el pago NO es responsabilidad de las EAPB⁹.

5.2.5 Título III Proceso de Verificación, control y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.

Las entidades territoriales son autónomas respecto a la definición del procedimiento para la verificación y control de los cobros por servicios NO POS, así que mediante actos administrativos definen los requisitos específicos en cuanto a:

- Documentos soportes
- Fechas de radicación
- Lugar de presentación de los cobros
- Términos para realizar el proceso de verificación y emitir el resultado de auditoria y reconocimiento de la deuda.

Si bien el ente territorial definirá el procedimiento para la verificación y control de los servicios NO POS suministrado a sus usuarios, deberá como mínimo asegurar que se verifique:

- Que el usuario a quien se le prestó el servicio pertenece al régimen subsidiado y está activo para la fecha de prestación del servicio
- Que el servicio no tenga cobertura en el POS
- Que el servicio fue prescrito por el médico tratante o en servicio de urgencias, incluye prescripción en piso para pacientes hospitalizados cuyo servicio surgió como necesidad para la estabilización y manejo de la enfermedad atendida.
- Que el servicio haya sido autorizado por el CTC u ordenado por orden judicial, para los servicios entregados por urgencia manifiesta que el CTC lo haya autorizado con

⁹ Artículo 10 Resolución 1479 del 2015 – Presentación de las solicitudes de cobro

posterioridad a la prestación del servicio en los términos que lo dispone la resolución 5395 del 2013¹⁰

- Que el servicio fue entregado al usuario
- Que con anterioridad no se ha realizado pago por el mismo servicio, es decir que NO existe cobro doble, adicional que el pago corresponda a la entidad territorial específicamente para el caso de tutelas en el cual se debe validar a quien ordena el pago el juez de tutela.
- Que exista una factura de cobro y que la liquidación del cobro cumpla con los lineamientos para la liquidación establecidos en la resolución en estudio.¹¹

La norma aclara que los Departamentos y Distritos pueden acoger el manual de auditoria definido por el MSPS para la auditoria de los recobros de servicios NO POS del régimen contributivo y a su vez que podrán a adaptarlo según lo dispuesto en sus actos administrativos, es preciso anotar que todos los entes territoriales adoptaron el mencionado manual en sus procesos de verificación y control del cobro.¹²

El artículo 12 establece las reglas para determinar el valor a reconocer por las tecnologías en salud NO POS suministradas a los usuarios del subsidiado y facturadas para cobro, en resumen:

- Si el servicio NO pos prestado corresponde a un medicamento cuyo precio ha sido regulado¹³ por la entidad competente, el valor a facturar no puede sobrepasar el valor regulado, la fórmula de cálculo es:

¹⁰Resolución 5395 del 2013 , Artículo 10 Procedimiento para la aprobación y desaprobación de la tecnología en salud NO POS

¹¹ Artículo 12. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS

¹²Manual de auditoría Integral de Recobros por Tecnologías en Salud No incluidas en el plan de Beneficios

¹³Normas que regulan el precio de medicamentos: Circular 003 de 2013 CNPMSM, Circular 004 de 2013 CNPMSM, Circular 005 de 2013 CNPMSM, Circular 006 de 2013 CNPMSM, Circular 007 de 2013 CNPMSM, Circular 001 de 2014 CNPMSM y demás de modifiquen o amplíen

Valor servicio NO POS (igual a tope máximo regulación) – Valor del homólogo en el POS o comparador administrativo – cuota de recuperación¹⁴ = Valor del cobro

- Si el valor del servicio NO POS es inferior al tope máximo de regulación, la fórmula de cálculo es:

Valor servicio NO POS – Valor del homólogo en el POS o comparador administrativo – cuota de recuperación¹⁵ = Valor del cobro

- el servicio NO pos prestado No se encuentra regulado por la entidad competente, la fórmula de cálculo es:

Valor Facturado – Valor del homólogo en el POS o comparador administrativo¹⁶ – cuota de recuperación¹⁷ = Valor del cobro

- Si una vez aplicadas las formulas anteriores según sea el caso el valor del cobro es negativo, el cobro ante el ente territorial no procederá pero si ante la EPS para ser cubierto con cargo a la Unidad de pago por capitación – UPC
- El valor correspondiente a “Valor del homólogo en el POS o comparador administrativo¹⁸”, será cubierto por la EPS
- Los entes territoriales en los dos modelos dispuestos en la resolución 1479 del 2015 realizara el pago directamente a los prestadores de servicios una vez finalice y se supere el proceso de verificación y control.

¹⁴ Cuotas de recuperación: Decreto 2357 del 1995 artículo 18, Decreto 4877 de 2007 artículo 3

¹⁵ Cuotas de recuperación: Decreto 2357 del 1995 artículo 18, Decreto 4877 de 2007 artículo 3

¹⁶ El MSPS publicara en la web el listado de comparadores administrativos

¹⁷ Cuotas de recuperación: Decreto 2357 del 1995 artículo 18, Decreto 4877 de 2007 artículo 3

¹⁸ El MSPS publicara en la web el listado de comparadores administrativos

5.2.6 Título IV Disposiciones Finales.

Artículo 15. Transitoriedad de la norma, establece que los servicios NO pos que la EPS viene entregando a sus afiliados podrán seguir siendo prestados por la red de la EPS con el fin de garantizar la continuidad del servicio a los usuarios, la EPS debe garantizar la coordinación con el ente territorial quien es la responsable del pago.

Artículo 16. Es obligación que los entes territoriales mediante la plataforma PISCIS dispuesta por el MSPS debe reportar semestralmente las tecnologías en salud NO POS radicadas por las EPS y EAPB.

Artículo 17. Las IPS y las EAPB (EPS) deberán registrar en sus contabilidades los pagos recibidos por los entes territoriales de acuerdo a las normas contables vigentes aplicables a cada entidad, esto con el fin de tener depurada la cartera o deuda de los servicios NO pos cobrados a los entes territoriales.

Artículo 18. Es responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud vigilar el cumplimiento de la resolución 1479 del 2015.

Artículo 19. La resolución 1479 entro en vigencia a partir del 3 de mayo del 2015 y derogo la resolución 5073 del 2013.

El anexo técnico dispuesto en la resolución en estudio compete únicamente a la entidad territorial y define la estructura, características y plataforma para el envío de la información de que trata el artículo 16 de la resolución en estudio.

5.3 Análisis Circular Externa Supersalud 017 del 2015

Mediante la Circular Externa expedida el 17 de septiembre del 2015 la Supersalud estandarizo las instrucciones dirigidas a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) para dar

cumplimiento a la resolución 1479 del 2015 identificando los dos modelos que establece la resolución en mención.

El primer modelo establecido hace referencia a la prestación de servicios NO pos a los afiliados del régimen subsidiado por parte de la IPS vrs proveedores en el modelo centralizado, este modelo hace referencia a la red de prestadores que debe organizar directamente el ente territorial y en el cual la EPS no tiene injerencia, su participación es indirecta toda vez que su responsabilidad es dirigir al usuario que requiere el servicio NO pos a la entidad prestadora de servicios que el ente territorial delegue para tal fin.

El numeral 1 de la Circular externa 0017 establece que en este modelo las IPS deberán realizar la facturación por separado, los valores a cargo del ente territorial y valores a cargo de la EPS el cual corresponde a los homólogos y comparadores administrativos, deberán realizarse en dos facturas, Una dirigida al Ente territorial y otra a la EPS.

Por otro lado el Numeral 2 de la citada circular establece para el modelo 2 el cual sucede cuando la EPS garantiza con su red de prestadores la prestación de los servicios NO Pos a sus afiliados, que la facturación se realice por separado como en el primer modelo de acuerdo a lo establecido en el artículo 12 de la Resolución 1479 del 2015.

De igual forma el literal b. del numeral 2 define que si las IPS generan una sola factura de acuerdo a lo expuesto en el artículo 10 de la Resolución 1479 del 2015, la EPS deberá cancelar a la IPS dentro de los plazos previstos por la ley el valor a su cargo, y realizara el proceso de radicación del cobro ante el ente territorial teniendo en cuenta los requisitos que para tal fin son exigibles por cada ente.

El literal C de la Circular externa 017 reglamenta el mecanismo para la facturación y cobro de los servicios autorizados antes de la entrada en vigencia de la Resolución 1479 del 2015, periodo en el cual todos los servicios No pos eran autorizados y prestados por la red de prestadores de las

EPS, de tal forma que su proceso de cobro debe realizarse de acuerdo al literal b, de la circular externa 017.

El numeral 2 menciona la responsabilidad de la contratación integral de la red de prestadores de servicios por parte de los Departamentos o Distritos que opten por el sistema centralizado a razón de que el usuario no sea afectado de ninguna manera y reciba su atención integralmente y con oportunidad.

Por otro lado el numeral 3 de la citada circular externa define la responsabilidad de las EPS en la entrega de los servicios NO pos a los afiliados al régimen subsidiado cuando el modelo optado por el ente territorial es descentralizado, más allá de que la responsabilidad del pago lo asume ente territorial.

En conclusión la circular externa aclara que independiente del modelo y la forma en que la factura por parte de la IPS sea generada, los pagos son compartidos entre ente territorial y EPS, con lo cual a la EPS solo le asiste la obligación del pago a la IPS de lo correspondiente al homologado y al ente territorial del costo del servicio NO POS prestado al usuario.

5.4 Entrevista

5.4.1 Presentación de la entrevista

Con el fin de evaluar la necesidad de la herramienta propuesta para el proceso de facturación y cobro de los servicios NO POS suministrados a los pacientes del régimen subsidiado, se escogió un hospital de Bogotá para realizar la presente entrevista, Mi equipo conformado por Patricia Salinas y Sandra Milena Arenas elegimos al Dr. Nelson Joaquín Malaver Montaña, Gerente del hospital de Kennedy.

El 4 de marzo del 2017 realizamos la entrevista.

5.4.2 Datos Personales

Nombre: Nelson Joaquín Malaver Montaña

Profesión: Medicina

Especialista: Administración hospitalaria, administración y Gerencia Sistemas de Calidad y auditoria de Salud.

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Ocupación: Gerente Hospital de Kennedy

Hora Inicio: 1:00 pm

Hora Fin: 4:00 pm

5.4.3 Motivo de Entrevista

Evidenciar la necesidad de una herramienta para la facturación y cobro de los servicios NO POS prestados a los usuarios del régimen subsidiado de acuerdo a lo establecido en la resolución 1479 del 2015 en el hospital de Kennedy.

5.4.4 Desarrollo Entrevista

¿Conoce el marco normativo que regula el cobro de las tecnologías NO POS al régimen subsidiado?

R/ Conozco la norma, pero tenemos una vena rota en cuanto el médico en su concepto es quien determina lo que necesita el paciente y tenemos que respetar la autonomía médica según la ley estatutaria y además el derecho al acceso a la salud de la población y muy seguramente es por donde estamos acabando los recursos que ni el gobierno ha cuantificado, en ese contexto hay una amenaza porque todos los días la medicina va avanzando y van apareciendo tecnologías

nuevas, a pesar de que ahora el POS es prácticamente todo, en este orden de ideas lo que hay es una incertidumbre grandísima de cuánto cuesta lo NO POS.

En dado caso cada IPS debe sacar una fracción del escaso presupuesto para esos servicios, si es difícil la financiación de los servicios POS.

¿Cómo es la financiación del Hospital de Kennedy o mejor de donde vienen los recursos?

R/ Las Empresas Sociales del Estado son entes autónomos, que tienen un cupo presupuestal, pero ese cupo presupuestal está equilibrado con un cupo de ingresos que voy a gastar porque lo produzco, lo facturo y el problema está en que, de que vale facturar, pero no me pagan entonces juega también el factor de la correcta facturación y de la oportunidad del pago. Que en salud, hoy se produce un acto y debe esperar hasta final de mes para cobrarlo, así durante todo el mes se atraviesa un apalancamiento financiero que nadie reconoce y se debe esperar hasta los 10 primeros días del mes para radicar.

Este cobro se puede convertir en 2 o hasta 3 meses por la verificación y ahora ha pasado que a veces ni siquiera aceptan la cuenta y la devuelven para evadir el giro directo, porque se supone que el 50% de lo que se factura, lo gira el Ministerio a nombre de la EPS, pero mientras la EPS no reciba oficialmente la plata por los argumentos de la IPS, ni plata, ni giro directo, entonces lo que pasa es que no se recibe la plata cuando se necesita sino, casi 180 días después, en el mejor de los casos menos.

El otro 50% depende de la conciliación, entonces la conciliación es a un año o quizás hasta año y medio, depende porque es un proceso de millones, de miles de millones, entonces es una cartera de 360 días, más de un año de espera y para el NO POS es aún peor, en los casos cuando se requiere tratamiento o medicamentos para pacientes de urgencias y no contamos con ellos, se deben comprar es decir que tengo que disponer de la caja menor porque tengo que suministrarlo

hoy y después para cobrarlos si es urgencia, un procedimiento y sino otro procedimiento y tiene que pasar por la EPS¹⁹, donde no es como dice la norma a 5 días, allá lo dilatan según la disponibilidad que tenga la EPS y pueden demorarse un mes, dos meses, finalmente dice, si listo, en el mejor de los casos y en el peor de los casos dicen no, porque no le suministro el homologo, no, no se lo apruebo, allí debo tener el soporte para justificar porque el paciente necesitaba ese y no el homólogo del POS, si pero allá van a buscar mil razones para decir no y lo niegan después de la prestación.

Ya miramos las normas de los servicios y las tecnologías NO POS, los PRO y los contras, pero no me ha dicho cosas positivas

R/ Positivo que se cumple el acceso al derecho fundamental a la salud a la gente.

En estos momentos estamos realizando la propuesta de una herramienta que permita el cobro de los servicios NO POS del régimen subsidiado de acuerdo a lo dispuesto en la resolución 1479 del 2015, considera usted en este momento sería útil en el medio?

Nosotros estamos enfocados en el régimen subsidiado y claro la herramienta si tú la tienes para el régimen subsidiado, excelente, pero eso no quiere decir que no tengamos problemas con el régimen contributivo. Pero lo que si se, es que lo que estás haciendo, resulta demasiado útil en este momento para cualquier ESE del país. Resulta muy útil por ejemplo en Bogotá para cualquiera de las ESE.

Considera que se cumplirá el objeto de norma en cuanto a mejorar la eficiencia del cobro de los servicios NO POS?

Si pero tú sabes que ese pago no es al mes y con la entidad territorial no se hace la resolución de la urgencia o el cubrimiento del servicio, ese recobro es a posteriori.

¹⁹Hace referencia al proceso de autorización del Comité Técnico Científico de los servicios NO POS prestados en atención de una urgencia

Precisamente eso es lo que busca la norma por la crisis del sector salud, es necesario hacer más eficientes los recursos. En la medida en que la IPS cobre directamente al ente territorial, teniendo en cuenta que la EPS ya no tiene que pagar a las IPS por la prestación de estos servicios, se disminuirán los tiempos de radicación en cuanto a que la EPS hacia la auditoria para luego hacer el cobro ante el ente territorial,

Sí, pero realmente esto se ha convertido en un tira y afloje de los diferentes grupos de interés alrededor de cómo debe funcionar el sistema en ese aspecto y el lobby, que han debido hacer las EPS representadas por ACEMI, seguramente que fue un lobby muy teso, en el sentido en que no hay financiación, no la hay porque uno sabe que la UPC, resulta corta a pesar que la han ajustado con todas las reformas que ha tenido el POS y que lo han ampliado.

Resulta corta a pesar que el último reajuste fue mucho mayor que el IPC, pero no ha sido equilibrado en cuanto a la cantidad de servicios que han incluido, es un tema que uno dice parece que la plata no les alcanzara a las EPS, pareciera, pero cuando Cafesalud está en venta y aparecen más de 20 interesados, entonces uno dice, es un buen negocio porque les interesa comprarlo, pero con base en que es tan bueno, con base en que la gente sea menos conocedora del derecho y menos demandante por un lado y por el otro con base en aplazar todo, porque en ese tema si hay un negocio, en la medida en que no cubro el derecho pero aplazo puedo manejar los recursos y yo le apunto a ser oportuno, a ser previsorio, que es lo que deberían ser, como fundamento de la ley, a gastar bien la plata, pensando en el futuro tener controlado, pensar en el deber ser y no que la plata no alcanzaba, para eso en la medida en que las EPS están es reparando la salud de la gente y no previniendo, nunca el sistema ha sido de otra forma, con el agravante de que con todo esto se arrastro una cartera enorme que ahora se está pagando con lo que recibe y que no debería ser porque la ley dice que el giro directo debe ser para lo actual, si la plata se la han comido y se la siguen comiendo pero, es un negocio rentable, según las EPS no tienen plata desde su

perspectiva, desde la perspectiva de la IPS, tampoco tienen plata, porque las EPS no les han pagado, pero no pueden dejar de prestar el servicio deben garantizarlo según la superintendencia no se puede excusar en la falta de pago y según el artículo no pueden rechazar un paciente, deben seguir prestando el servicio. Las IPS están en una encrucijada, prestando el servicio sin plata, no tienen plata para el POS, mucho menos para el NO POS.

De ahí que lo que las EPS hicieron debió ser enorme, para quitarse ese bulto de encima, ahora ese bulto lo tienen las IPS y de paso el estado colombiano, quien es el que les paga a las IPS a través de las entidades territoriales, es un juego perverso.

Las entidades territoriales dentro de su presupuesto tienen estipulado el NO POS como va ser financiado, ahí es donde uno se pregunta, si es claro que es lo que financia el sistema y cuál es el dinero del ente territorial para el NO POS, tienen claro las partidas, pasa a ser esfuerzo propio, donde unos actores son la cara de los mecanismos que están detrás, pero esos actores son los que se exponen a enfrentar la ley y no está claramente definida la responsabilidad de ellos.

Que positivo le ve a que la IPS le cobre directamente al ente y no allá la intermediación de la EPS, toda vez que la EPS ya no es la responsable del pago, sino directamente el ente Territorial?

R/ Que tiene de bueno eso, de pronto como EPS pareciera como lógico, se hubiera eliminado un paso, pero no se ha eliminado ninguno, el CTC es absolutamente necesario para yo cobrar el servicio y el CTC no depende de mí, depende es de la EPS, igual sigo supeditado y pegado a los tiempos de la EPS y como digo si hubiera alguien que tiene fortaleza económica, músculo económico serían las EPS, así se diseñaron, se diseñaron como administradoras, otro tema es que la corrupción y todo los demás las hayan llevado a que en este momento no tengan músculo financiero pero, el músculo financiero de una EPS, nunca se compara con el músculo financiero

de una ESE o de una IPS y para proveer los servicios o las tecnologías NO POS se necesitan unos buenos flujos financieros y seguro que en el diseño de la norma eso no debería estar enfocado en las IPS nunca, para eso las EPS reciben una cantidad de plata enorme y pueden manejar mucho mejor el riesgo con ese dinero.

Finalmente lo suyo es manejar la UPC y lo que tienen es plata. Para mí que lo debería seguir manejando ese tema las EPS, claro, cual es el tema de fondo que a las EPS se les contrata es, todo lo POS no lo NO POS.

Pero ante lo que ya está establecido, que es el ente territorial, el que va a pagar ya no es la EPS porque el NO POS no le compete a la EPS, y como usted dice es la administradora, pero la administradora de recursos del POS

R/La norma como dicen es para violarla y ya está violada desde el principio, la entidad territorial no tiene suficiente plata, la EPS tiene más músculo financiero pero, fíjate por alguna razón, no son ellos y se la pasaron al que menos plata tiene, en últimas los más perjudicados va a ser la gente, los pacientes, las IPS.

Las IPS porque como decía, si yo no cumplo pues voy a la cárcel, -exacto pero como yo no quiero incumplir, entonces le echo mano a los escasos recursos de la IPS para cumplir. – Que cada día van a ser más escasos. – Y esos escasos recursos de la IPS van a estar dedicados a los NO POS y las prestaciones POS cada vez van estar peor y quien va a asumir las consecuencias?, la población en general, a la larga va a llevar a eso, claro a unos pocos a los que tienen la necesidad de los NO POS, digamos se les cumple el derecho constitucional a la salud, pero a la larga eso que, a que nos lleva al deterioro de la capacidad financiera de las IPS.

¿Cómo es el sistema de facturación del hospital? ¿Cómo funciona?

R/En lo POS casi todos los hospitales cuentan con un software cualquiera que va desde el ingreso hasta el egreso, pero digamos en lo NO POS, pues, a propósito de todos estos cambios, ha habido necesidad de cambiar las cosas, había vicios en el pasado, tales como que las justificaciones NO POS no llegaban a tiempo a la EPS, que no eran legibles, que no cumplían los requisitos y eso exponía a las EPS a problemas para recobrar, nosotros pues tenemos que corregir el tema pero, adicionalmente a eso, prácticamente nosotros que hemos hecho, hemos tratado de identificar lo NO POS y hemos puesto allí a una persona responsable de los NO POS para asesorar a todo el mundo, porque hay que pensar de una forma diferente, todo el modelo nos lleva a cambiar el cassette, tenemos una necesidad imperiosa de hacer las cosas de la manera correcta.

Pero cuando te decía al principio que es una necesidad en las ESE, es porque el proceso no está completamente maduro, ni completamente terminado, lo estamos puliendo y lejos de estar completamente estandarizado en todas las especialidades, cuando uno se pone a mirar, yo suministro... en el caso en que el modelo es pasarle el cobro a la entidad territorial y entonces me dicen dónde está el CTC, después del trámite en la EPS lo tuve, o sea esta factura la estoy presentando tres meses después, donde está la factura del prestador, del proveedor de su servicio, entonces yo compre un medicamento a Audifarma, presento la factura y entonces me dicen dónde está la firma de la persona que recibió la tecnología NO POS, se me olvidó, séjodío porque usted olvidó el detallito de hacerle firmar al usuario, yo no puedo equivocarme en ningún paso, cada paso es supremamente exigente, supongamos que yo cumplí todos los pasos, si, la cuenta, usted me está cobrando aquí, pero no me descontó el homologo, no si, yo lo desconté y porque no descontó este otro, que también está en este grupo terapéutico o en diferente grupo, pero también sirve, todo esto para buscarle el quiebre a la misma vaina, yo como ESE, supongamos que cumplo con todos los requisitos y ellos comienzan, descontó el homologo, descontó la cuota

de recuperación, es vinculado, copago bueno, ahí se presenta una tragedia porque si hace un descuento para un nivel I, II o III que es el 10%, entonces le digo necesito que me pague el copago y el paciente dice yo no tengo plata, yo puedo decirle, le compre ese medicamento para que no se muera, porque a pesar de que el paciente no me pague yo no se lo puedo negar, entonces ese 10% se convirtió en una letra de cambio, que nunca voy a recuperar.

Para las ESE el copago, las cuotas de recuperación, son pérdidas, sobre todo para el SISBEN, lo asume el hospital con sus recursos y se debe descontar en el recobro porque si no, no se lo van a reconocer, recaúdalo o no lo recaudé, a mí me lo van a descontar, ya no lo recibí por este lado, si vez lo perverso de este tema, si porque así es el recobro del fosyga, el usuario tiene una tutela que le dice que es exento de copago, no le cobre pero cuando, yo le hago el recobro al contributivo tengo que descontarle el copago porque a mí el fosyga si me descuenta ese copago, no es la cuota de recuperación pero es que mire el fallo, el recobro si es obligatorio descontarlo, por ningún lado es negocio para las empresas sociales del estado, realmente cuando se va a la quiebra, pues.

Créame que todos los argumentos los están buscando para privatizar, todo lo que puedan privatizar y las empresas sociales del estado se quiebran por esas cosas, esto nos va a llevar a la privatización ante todo, a ser negociados.

Es decir que es un tema de participación integral, - para el POS, - para él NO POS, para cumplir con todo el requisito, por eso es necesario el proyecto porque si se necesita, -claro, es una necesidad, si porque el POS viene desde, la admisión hasta la facturación y la radicación de la cuenta, eso sí lo tienen controlado y establecido - digamos que es un poco demorada, porque ya prácticamente estamos ante esa realidad y todos nos estamos acomodando a las circunstancias, esto lo hubiera hecho, mejor dicho, apenas salió la norma, pero, créame que ya a estas alturas todos nos estamos preparando porque es que ya sabemos las pérdidas tan grandes que eso

significa, entonces, de hecho yo soy el que más ha fregado allá en el hospital, - hay otros que no tanto

Que tan eficiente es la facturación, es decir hoy se presta el servicio, mañana ya estamos facturando, en una semana, en dos semanas?

R/ No , no, allá hay problemas, si se está facturando, pero se quiere facturar con toda la oportunidad del caso, pero está claro, que no se está facturando correctamente en todos los casos, ni oportunamente, hay fallas de mil causas, un día no hubo papelería, entonces sin papelería, signifíco que yo no pude imprimir la factura del sistema, entonces el paciente no firmo, eso es una glosa total, un día menos pensado, no hubo fotocopias porque se dañó la fotocopidora, por lo que sea, la ley dice que no recibe copias pero, como yo atiendo al paciente y lo atiendo con base a que él me dice, yo soy Pedro Pérez y estoy afiliado a Capital Salud, después lo busco en la base de datos y si es de Capital Salud, en el fosalud y todo, todo coincide y yo de buena fe, partiendo de la presunción de buena fe lo atiendo, le doy su atención, hago la factura no le coloco la fotocopia de la cedula, cuando llegue allá, el auditor me dice demuéstreme que Pedro Pérez era Pedro Pérez, si yo no tengo la fotocopia de la factura como cobro la glosa y así mil ejemplos y así cada cadena en el eslabón de la cadena.

¿La liquidación si se hace inmediata?

El proceso de liquidación si, -

Le entiendo que todas las dificultades las tiene cuando ya la liquidación la van a facturar

- No, en todas partes hay dificultades – también en la liquidación,

Mira, las dificultades que teníamos nosotros simplemente por el hecho de la modalidad de la contratación, en las empresas sociales del estado uno puede ser de carrera, siempre y cuando ,

allá pasado un debido concurso, o por proceso de méritos, en el proceso de méritos puede ser cada 3 años, cada 5 años, en el hospital en este momento somos 250 en la unidad de planta, de carrera y 1150 de contrato, somos 1400 en total.

En el hospital se capacitan pero hay una alta rotación sobre todo en estos procesos, en el medio no hay escuelas que capaciten a los facturadores adecuadamente entonces nosotros tenemos escuela, nosotros capacitamos a los facturadores como queremos, al chino lo contratamos por \$1.300.000 - \$1.250.000, entonces, el simple hecho de que en una clínica particular le den \$100.000 más ya perdimos, lo capacitamos y lo perdimos, esa rotación de personal, es un problema muy difícil de manejar, porque hoy esta uno capacitado y especializado en esto, y mañana ya no lo tenemos, otra vez capacite y mientras eso más errores, más problemas, es multifactorial, la cantidad de problemas alrededor de la facturación, -la mayoría de los empleados es por prestación de servicios, - solamente que la facturación es un proceso crítico para cualquier clínica, -Si hubiera unos estándares, realmente definidos, para eso se minimizarían esos errores?

En Junio del año pasado se quiso hacer, una homologación en el distrito a todo el mundo que estuviera vinculado por orden de prestación de servicios, osea por contrato tuviera los mismos honorarios, eso propicio un revuelto, que los pediatras no se aguantaron, que los psiquiatras no se aguantaron, que los anesthesiólogos no se aguantaron, que los unos estaban felices, pero los otros estaban terribles, que porque la secretaria les negaba el derecho de determinar cuánto se podía ganar, no, es que cada vez que se habla del salario es un tema sensible, evaluación de la producción es un tema sensible, a nadie le gusta que lo controlen, llegue tarde o llegue temprano, todo el mundo quiere que no me miren, que no me digan, que no me jodan. Eso son cosas que hay que hacer, fíjate que, en cada cosa de esas es un camello.

Allí solo manejan tarifario SOAT o manejan ambos manuales tarifarios?

R/Hay contratos con ambos tarifarios, digamos que eso se hace al final.

Como es el paso a paso para la facturación de los servicios NO POS, desde el inicio de la prestación del servicio

R/ Esto no ocurre aquí en admisiones, ocurre es durante la atención, el que determina que es NO POS es el médico, haber te explico, acuérdate que autorización que de la EPS, solamente es para el POS, -tenemos dos líneas de cómo se puede presentar o requerir el servicio NO POS, desde que necesita un NO POS, necesita una autorización, él va a la EPS y hace una solicitud de CTC; tenemos el que surge desde el esquema ambulatorio y el que surge desde el esquema de urgencias o de una hospitalización, que es eso si ya se determina durante la prestación del servicio.

Al Hospital no le llegan algunos servicios para prestar como cirugías?

R/ En algunos casos sí, esto es según la línea y de acuerdo a eso se procede la autorización para la prestación del servicio según sea servicio ambulatorio, de urgencias o de hospitalización, los medicamentos no,- esto depende de la EPS.

Este proceso cumple con lo necesario para el procedimiento –Pero, a ver te cuento, así se presenta unos 10 casos entre 8.000,

-Sí, entiendo aquí no es la principal entrada en el caso del hospital, se debe realizar el paso a paso cuando el servicio NO POS se derive de una atención de urgencias u

Hospitalización

Digamos que, mira, como que hace, que lo que yo estoy diciendo no es carreta, el 95% de los servicios NO POS se derivan en el hospital de atenciones en el servicio de urgencias y hospitalización, por eso la línea que le sirve a los hospitales es la de atención en urgencias y hospitalización, la de otras entidades será el ingreso ambulatorio.

El proceso de liquidación desde donde va en el hospital?

R/ La liquidación está dentro de la facturación, puedo hacerlo al final o puedo hacerlo día a día, liquidando parcialmente a la fecha.

¿La misma persona que liquida, factura?

R/ Si, generalmente

¿No tiene una persona que liquida y una persona que factura?

R/ Bueno, a veces cambian las diferentes organizaciones

El proyecto le apunta a la calidad en la facturación y del alistamiento, osea de la operación administrativa, de la operación entre la liquidación y la facturación, y la radicación para asegurar que los requisitos normativos, se cumplan

Pero mira que eso cambia, osea sí, todo lo que hemos dicho es cierto, algunas entidades de pronto y del mismo Kennedy, no tenía auditoria concurrente, no tenía liquidador en todos los servicios, de hecho, en ocasiones ni siquiera, facturador en todos los servicios, en todos los turnos, si te das cuenta todas las dificultades, entonces que detectamos, en TAC por ejemplo, 1500 TAC producidos, facturados 1300, en la noche no hay facturador, estaban prestando el servicio sin facturar.

En el análisis de las causas hay mil factores que pueden estar haciendo que la facturación sea mala, por muchas razones, por lo que, ya te he dado hay un ejemplo de porque han fallado, pero lo ideal es como tú lo muestras que haya un liquidador, más o menos como desde lo administrativo está diciendo, todos estos cargos hay que meterlos en el proceso de facturación porque todos se requirieren, así la calidad entre la orden medica como en la aplicación por enfermería , está coincidiendo, yo ordene tres, una cada 8 horas y acá aplique tres, una cada 8 horas, todas esas cosas las puede hacer el liquidador, independientemente que el auditor de

pertinencia esté diciendo , esto, definitivamente aquí cobraron más de la que podían aplicar, si, que ya es otro tema y lo mismo ocurre aquí cuando ya sale la factura, ya en conciliación, generalmente, tú haces la conciliación administrativa y cuando es un tema de pertinencia, tú dices, yo me acompañe de un médico, para que vaya y diga – interviene el entrevistador contando su experiencia personal acerca del tema.

¿Qué nivel de glosa tiene, cuando van a hacer la recuperación del NO POS?

R/ Esta como en un 17% - 18% del POS.

Del NO POS, eso depende cómo tú lo mires, porque por el lado de las devoluciones nos han devuelto cuentas de 30% al 40% para corregir y otra vez volver a radicar, -

Osea, tiene una devolución del 40% y glosa 18% final,

Si, ya cuando dicen si le pago pero, solo le pago esta porción.

Pero la diferencia de las devoluciones es que tiene la oportunidad de volverla a ajustar

– Si, pero son tiempos, - Lo que le estoy contando, la conciliación de hoy, me está midiendo el proceso de hace un año y medio, dos años - Por lo que se demora un año, -Está atrasado, - Son demoradas en el tema, muy demoradas - Se trae a colación como es la glosa de las EPS, ente territorial y que incluye y más o menos cuanto se demora el proceso, acerca de las quejas y problemas que se presentan en el régimen subsidiado al igual que en el contributivo – lo que te estoy diciendo, todas esas cosas que quedan glosadas son años para que le paguen a uno, pues entre otras cosas por eso fue que el gobierno dijo, 50% de lo radicado se lo tienen que pagar sin proceso, giro directo²⁰, para resolver, porque es que llego un momento dado, en que ni siquiera el 50% se recibía.

²⁰Giro Directo: Hace referencia al giro que hace directamente el ente territorial o el MSPS a las IPS

¿Cuántos pacientes, en porcentaje la población del subsidiado Vrs el contributivo que atiende el hospital de Kennedy?

R/ Como te decía, las ESE, tiene como misión es atender los de menos ingresos, o sea subsidiado.

¿Cómo está conformado el equipo de facturación del hospital? Es decir, cuantas personas?

R/ En general, hay tres líneas que son los revisores, bueno digamos lo que hay: un equipo que es el de admisiones, hay otro equipo que es el de autorizaciones y hay otro equipo que es el de liquidadores

¿El de autorizaciones que hace?

R/ El de autorizaciones se dedica a pedir autorizaciones para la atención de los pacientes, de las 6 horas a las 24 horas, está pidiendo.

Ok, ingresa un paciente por urgencias, listo la autorización para la urgencia, se prestó un servicio NO POS, ellos son los que hacen la gestión del CTC y demás, o eso se hace en liquidación, cuando ya se identifica?

Ellos no están sensibles para eso, aun. Tenemos que llegar a eso, acuérdate que, volvemos al mismo tema, yo estoy mirando la cosa como desde urgencias, entonces allí, él ni siquiera sabe si, es POS o NO POS, él tiene la necesidad de atender un paciente, porque viene pidiendo una admisión y la autorización, él va y sencillamente informa para el caso de la urgencia vital, pero a las 6 horas, está pidiendo autorización para la observación y lo que haya necesidad de hacer, si pasa para hospitalización y así sucesivamente, para esa línea.

Listo, en liquidación es donde se dan cuenta si se presta un servicio NO POS, y viene la atención, entonces en la atención, es donde el médico se da cuenta, up! juepucha este señor viene con un trastorno, esta pálido, venga miramos, es un triage 3 – 4, humm, que es, que le damos... como está el tema, miremos el TPS, miramos plaquetas, él hace un análisis y dice esto parece que fuera un tema de trastorno y determina no, lo que hay que darle es un medicamento fuerte, pero esperemos este señor tiene un problema hepático, tiene una como triple A y tiene un metabolismo renal, para el medicamento que le voy a dar, yo más bien le voy a dar otro medicamento que es otra cantidad NO POS, no le afecta las comorbilidades que tiene, a este señor le apunte a darle un medicamento NO POS, hago la autorización, la justificación del NO POS, digo que estoy remplazando tal homologo y cual homologo estoy remplazando y lo entrego para que lo mandemos al CTC a ver qué, pero ese médico, en esa línea, es el que recibe el NO POS,

¿Eso que él solicita quien lo tramita?

R/ Bueno, ya en el momento en que nosotros sabemos que es NO POS, generalmente eso no está disponible en este hospital, nosotros tenemos un plan de compras para el POS, no para el NO POS. El NO POS le llega a farmacia y se identifica como NO POS, hay tiene que aguantar, entonces el de la farmacia dice, Lizbeth le tengo un NO POS aquí, que vamos a hacer, por ejemplo en el paciente de Capital Salud o en el de Cafesalud..., que hacemos llamemos a la EPS, que lo atiendan, esto finalmente nos tocaría recobrarle al fosalga, bueno lo uno y lo otro, finalmente llegaron a la conclusión que ese paciente lo iban a manejar de una forma diferente, entregué POS, porque no tenemos plata, si, uno también tiene como las decisiones, no pues, hay alternativa en el POS, yo voy y le cobro eso a la EPS, de pronto el paciente lo verificaría, pero no de manera técnica, pero cada caso tiene mil formas de verlo y es un juicio allá con los

profesionales y los profesionales mirando todos los elementos que tienen para tomar la decisión, quieren darle al paciente lo que necesita para garantizarle el derecho a la salud, pero también estar mirando las dificultades técnicas, económicas, éticas, de caso, - todas las restricciones que hay, - el tema es complejo y en la medida en que estamos socializando a los médicos, capacitando, digamos sensibilizando que no sean esos facilistas de chu, chu, chu y ya, pues la cosa se va desgastando, porque si nosotros seguimos prescribiendo cosas así, a la topa, tolondra, pues grave.

El tema de cirugías generalmente, viene una cirugía y viene la programación, entonces el paciente viene con la autorización que tú dices y la autorización entonces, sí viene así, con todos los requerimientos se hace a pesar de que algunas son supremamente costosas, si de pronto tiene una tutela, pero si no, entonces yo mejor lo mandó para otro lado, o no lo operó.

Entonces, ya vienen autorizados y aquí los pasan es por mercadeo y mercadeo se sienta con la EPS y le pregunta, mire aquí tenemos la manera de hacerlo, pero vale tanto, está de acuerdo o no está de acuerdo, lo que te digo si allá lo tienen justificado, de la EPS con la tutela dice si y sino dice no, no lo tienen justificado, dicen no gracias no me interesa, a menos que pase el tiempo y la tutela nos vincule a nosotros.

Por eso te digo cuando me preguntas que ventajas y desventajas le vez?, yo digo pues la única ventaja es que se le está garantizando el derecho a la salud en un tratamiento severamente costoso y el estado se lo da.

Yo diría que el tema de estandarizar el proceso para lo POS y NO POS es más que una ventaja, por la norma, es porque se volvió una necesidad por la imposición de la norma – Es una necesidad en la medida en que es normativo y que significa riesgos para todos los que estamos de frente al problema, créeme que yo lo pienso todos los días, yo firmo una vaina de esas y ya estoy mirándome en la cárcel – es cierto. –finalmente se concluye que en las ESE, no se tiene ventajas

o desventajas se adquieren obligaciones que pueden poner en riesgo la viabilidad financiera de la institución, que pone en riesgo a los administradores.

5.4.5 Conclusión.

A pesar de los desacuerdos que manifiesta el Gerente del hospital de Kennedy frente a la norma y la forma de financiación del sistema, queda clara la necesidad de acogerse prontamente a lo establecido en la resolución 1479 del 2015 con el fin de poder realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios del régimen subsidiado, más aun cuando el 99% del ingreso de los Hospitales se genera en la atención del régimen subsidiado.

De acuerdo con lo anterior la herramienta propuesta es en estos momentos de vital importancia para las IPS, no solo porque establece un diseño informativo, sino porque estandariza un procedimiento para cada línea del proceso enfocándolo desde la admisión del paciente hasta la radicación del cobro al ente territorial, dando gran importancia a las auditorias de calidad para minimizar la glosa administrativa, la cual es realmente influenciada por las personas que manejan el proceso administrativo.

Como se puede evidenciar durante el desarrollo de la entrevista, si bien, el hospital viene implementando el proceso ante la necesidad imperiosa del cobro, no tienen la experiencia que se requiere para establecer un proceso idóneo, apostando al ensayo y error.

A partir de la entrevista se ve la necesidad de establecer dos esquemas, el primero que corresponde a la prestación de servicios NO POS programada, la cual fue mostrada al entrevistado y cuyo aplicación para este tipo de IPS es menos del 5%, teniendo claro que para IPS de atención ambulatorias es el esquema normal, y el segundo a partir de la prestación de servicios NO POS derivados de una atención de urgencias y hospitalización, el cual es el esquema normal para este tipo de instituciones.

5.5 Caracterización del proceso

Para determinar el proceso de facturación es indispensable definir que sucede en la IPS desde el ingreso del paciente, la prestación del servicio y la posterior facturación y cobro de los servicios NO POS suministrados, esto teniendo en cuenta que el acceso varía dependiendo de donde surge la necesidad del suministro del NO POS como lo es la atención ambulatoria del paciente, atención de urgencias o atención hospitalaria.

5.5.1 Paso a Paso Inicio Consulta Ambulatoria

Con el fin de determinar el alcance de la herramienta propuesta para el proceso de facturación es preciso reconocer donde inicia el proceso y en qué punto finaliza, así como reconocer que procesos son transversales al proceso de facturación.

El inicio de la prestación de los servicios NO POS surgen de la prescripción del médico tratante quien determina que para el manejo de la enfermedad de su paciente requiere servicios no incluidos en el POS, posteriormente el usuario se dirige a la EPS para tramitar la autorización para la prestación del servicio NO POS, posterior a ser evaluado por el CTC u ordenado por un fallo de tutela, la EPS procede a dar la autorización de servicio con la red publicada por el ente territorial o con la red propia de laEPS, según el modelo adoptado por el ente territorial.

El paciente con la autorización para la prestación del servicio se dirige a la IPS para su admisión, en el proceso de admisiones de la IPS realizan la verificación de la autorización y la recepción del paciente en el sistema, en resumen el personal de admisiones realiza los siguientes pasos:

- Revisar la autorización de servicios

- Validar: Datos del usuario, servicio autorizado, fecha de vencimiento de la autorización, que la IPS a la cual fue remitido sea la IPS en la cual se está realizando la admisión.
 - Revisar autorización Vrs. Documento de identidad del usuario
 - Revisar en el sistema que pertenece al régimen subsidiado y grabar.
 - Verificar si cancela cuota de recuperación y monto.
 - Escanear soportes.
 - Registrar en aplicativo la información requerido por el mismo.
 - Generación código de ingreso

A continuación el paciente recibe la atención en salud que requiere y fue autorizado; el personal asistencial procede a diligenciar los documentos que soportan la entrega del servicio, como lo son: la Epicrisis, historia clínica, etc., una vez finalizada la prestación de los servicios de salud el personal de enfermería entrega al departamento de liquidación los documentos que soportan la autorización y prestación de los servicios para su liquidación.

El proceso de liquidación inicia con las siguientes verificaciones:

- Que exista Autorización del servicio prestado de acuerdo al contenido de la historia clínica
- Que el paciente haya sido correctamente ingresado al sistema
- Si el paciente debe o no cancelar cuota de recuperación

Posterior a la verificación documental el auxiliar de liquidación procede de acuerdo con los hallazgos en la revisión documental, así:

- Si lo autorizado es diferente al servicio prestado, remite los documentos a servicio al cliente para que se tramite la corrección o cambio de la orden de autorización, esto previo a la dada de alta del paciente.

- Si lo autorizado es igual al servicio prestado o servicio al cliente entrega la autorización cambiada o corregida de acuerdo a lo suministrado el auxiliar de liquidación:
 - Efectúa la liquidación de los servicios No pos prestados de acuerdo al tarifario SOAT
 - Ingresar en el aplicativo liquidación servicio NO POS
 - Envía a auditoria de calidad los documentos y la liquidación para su revisión

Por medio del aplicativo se envía automáticamente la información al proceso de auditoría de calidad, allí el analista realiza las verificaciones de calidad, en resumen:

- Que los servicios prestados corresponden a los autorizados por la entidad.
- Que los servicios prestados aparezcan liquidados.
- Que los servicios liquidados estén soportados en la Historia Clínica.
- Liquidación de la cuenta de acuerdo al tarifario SOAT
- Da Vo.Bo y pasa a facturación.

Posterior de la admisión, liquidación y auditoria de calidad, continua el proceso de facturación y alistamiento para radicación del cobro, para lo cual los auxiliares de facturación realizan las siguientes actividades:

- Servicio prestado con comparador administrativo u homólogo en el POS
- Facturar por separado el valor a cobrar al ente territorial y el valor a cobrar a la EPS, Se generan dos facturas así:

a) Factura Ente Territorial por el valor a pagar del servicio NO POS prestado:

Valor Servicio Prestado

- Homologo o comparador administrativo (POS)
- Cuota de recuperación
- = Total factura Ente Territorial

b) Factura EPS por el valor del homologo o comparador administrativo

Homologo o comparador administrativo (POS)

= Total factura EPS

- Servicio prestado SIN comparador administrativo u homólogo en el POS

Si el servicio NO POS prestado NO tiene homologo o comparador administrativo se genera únicamente la factura del Ente Territorial.

a. Factura Ente Territorial por el valor a pagar del servicio NO POS prestado:

Valor Servicio Prestado

- Homologo o comparador administrativo (POS)

- Cuota de recuperación

= Total factura Ente Territorial

El paso a seguir es la impresión de la(s) factura(s) y el armado de la cuenta adjuntando los soportes para el cobro del servicio NO POS prestado:

- Orden de autorización
- Evidencia de entrega: Epicrisis, resumen Historia Clínica, demás documentos que soporten la prestación del servicio
- Formula medica
- Acta de CTC o fallo de tutela
- Para la factura dirigida a la EPS se adjunta adiciona: copia factura Ente Territorial.

Continúa el alistamiento de los formatos exigidos por los entes territoriales para la radicación del cobro:

- Genera formatos MYT_01 (servicios autorizados por CTC) o MYT_02 (servicios ordenados por fallo de tutela) de acuerdo al tipo de cobro

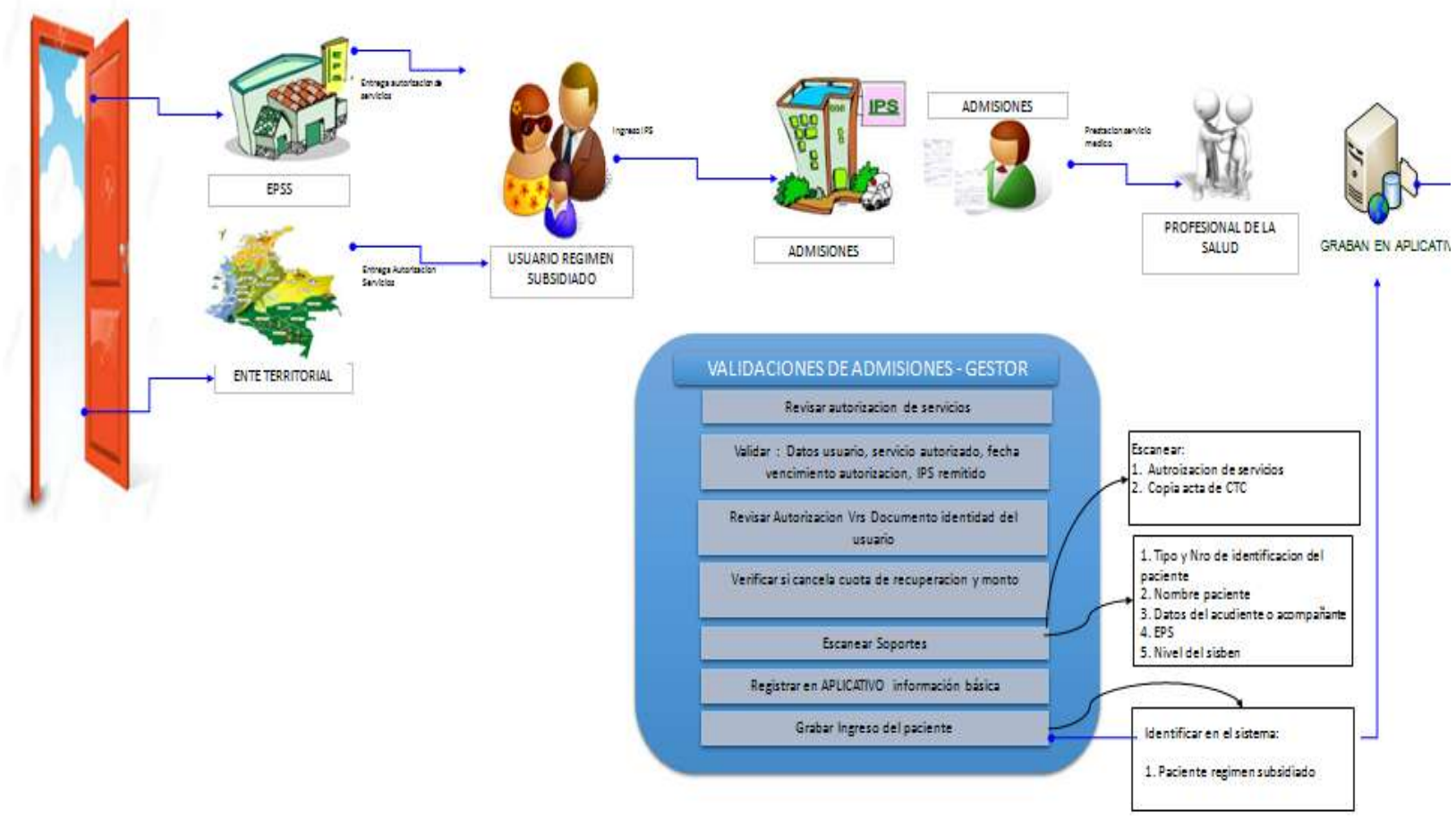
- Genera formato MYT_R: Formato consolidado de las cuentas remitidas para la verificación y pago
- Anexo 1 : Formato detallado de las cuentas remitidas para verificación y pago
- Genera los archivos planos (archivos que contienen toda la información de la liquidación de la cuenta y datos del paciente)
- Embalaje de las cuentas a radicar
- Envío por correo certificado de los cobros a los diferentes entes territoriales

Finaliza el proceso de facturación, alistamiento y radicación del cobro a la EPSy Ente Territorial.

ENTRADA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO

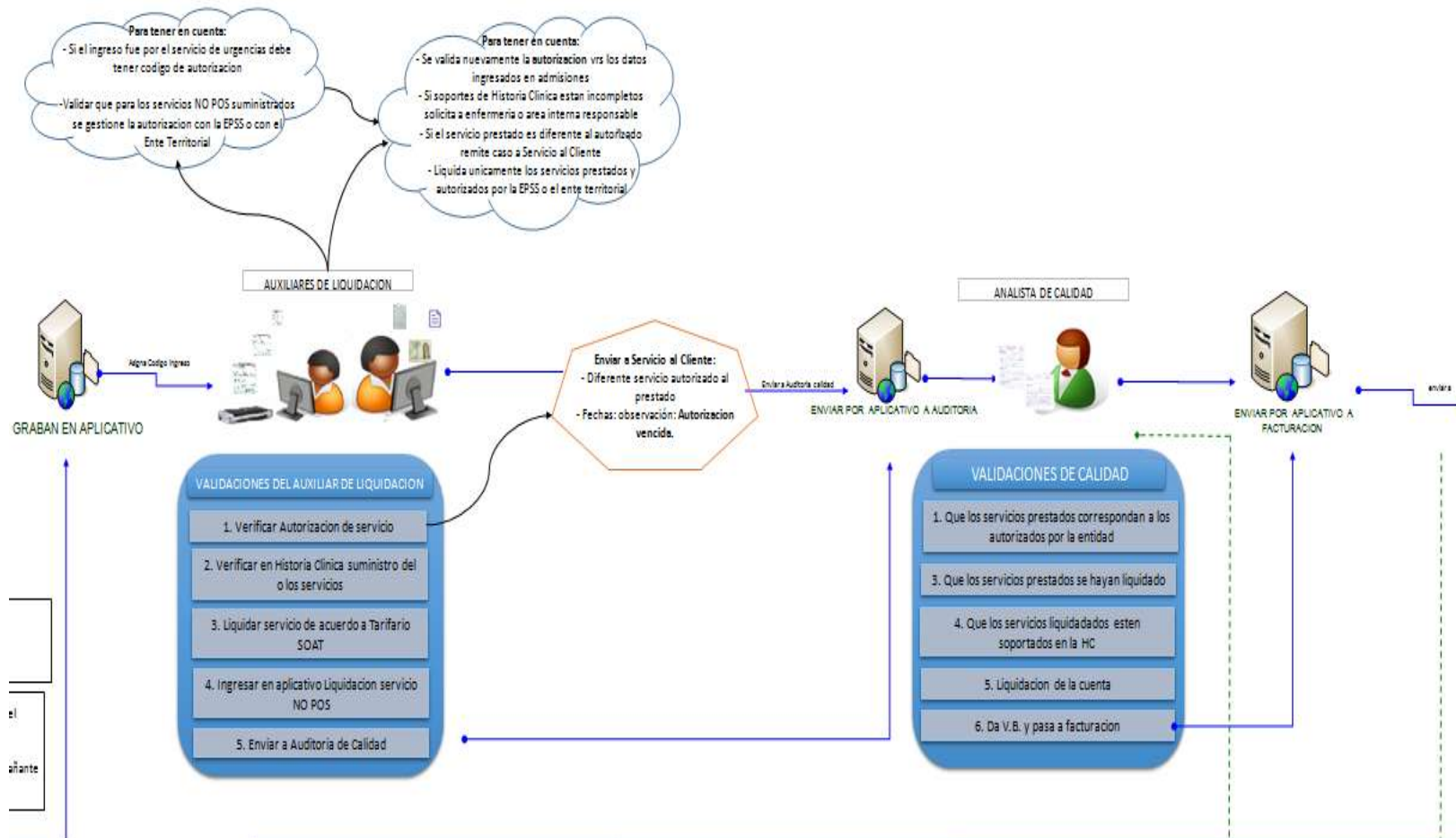
I

Ilustración 9 - Ingreso IPS



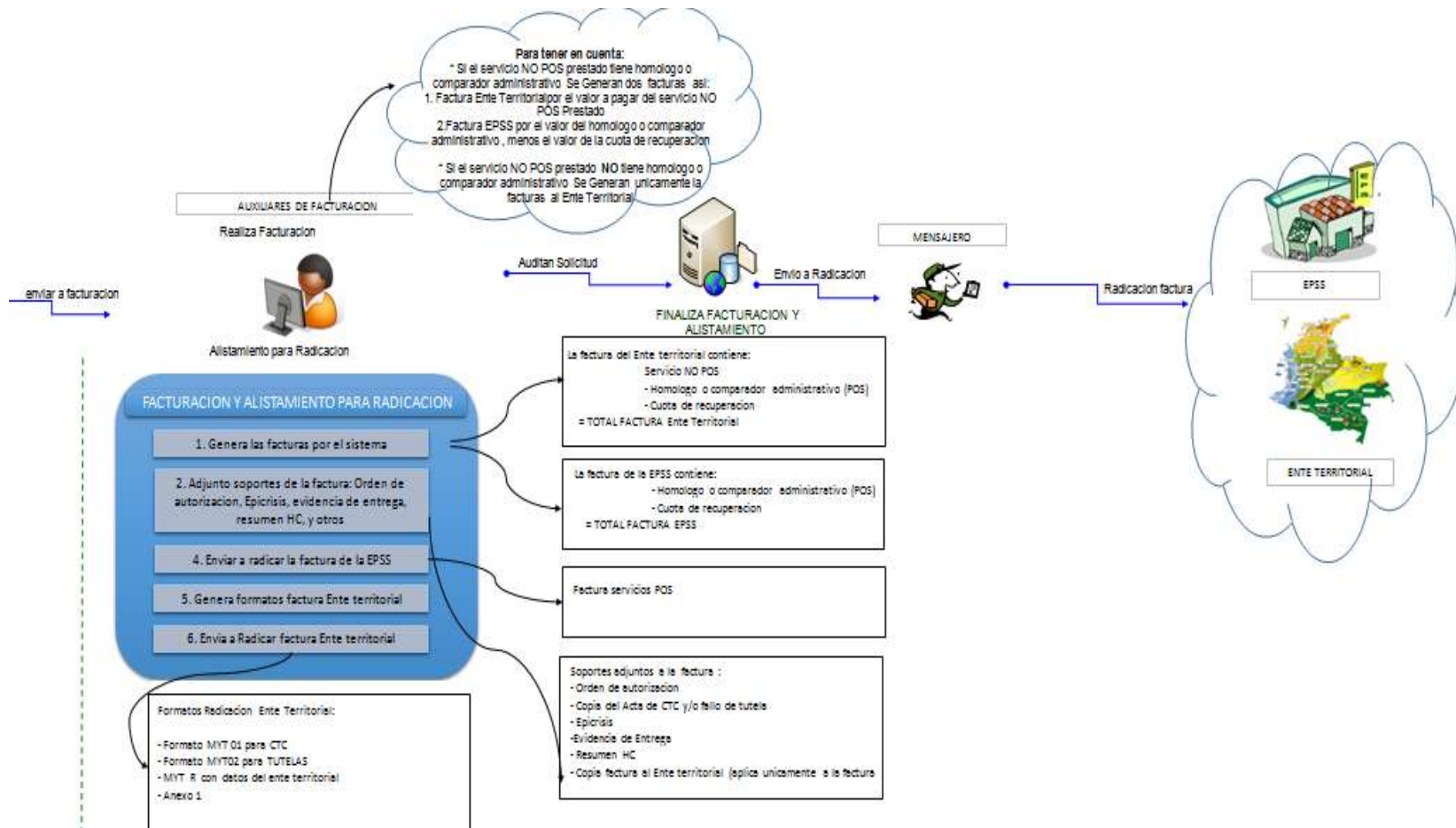
Fuente – Elaboración de los Autores – 2017

Ilustración 10 - Liquidación y Calidad



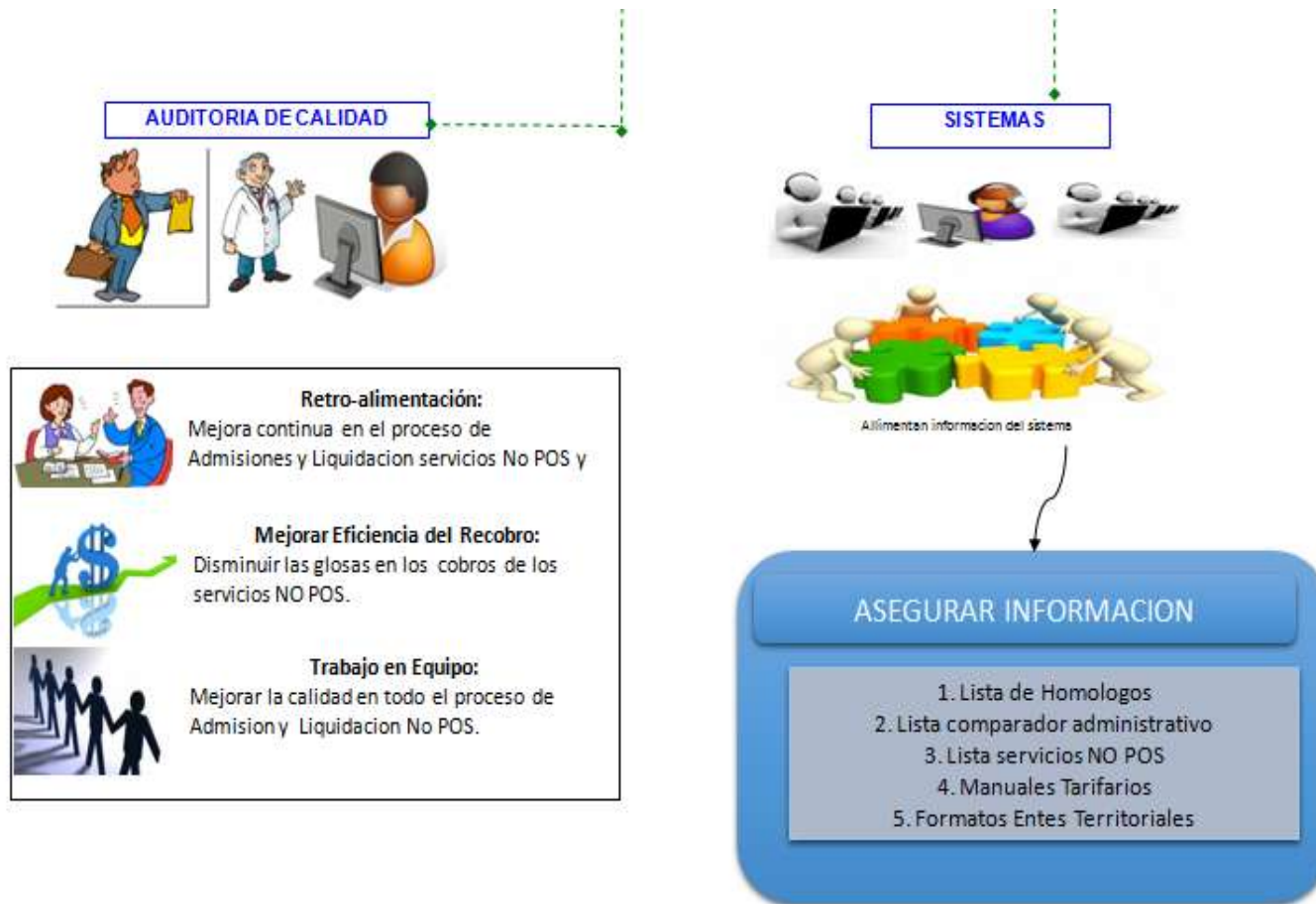
F

Ilustración 11 - Facturación y Radicación



Fuente – Elaboración de los Autores - 2017

Ilustración 12 - Proceso Transversal



Fuente – Elaboración de los Autores – 2017

5.5.2 Paso a Paso Inicio Atención de Urgencias

Con el fin de determinar el alcance de la herramienta propuesta para el proceso de facturación es preciso reconocer donde inicia el proceso y en qué punto finaliza, así como reconocer que procesos que son transversales al proceso de facturación.

Cuando ingresa un paciente por urgencias o al servicio de Hospitalización se desconoce cuáles son las necesidades en la prestación del servicio para la estabilización del paciente, es hasta que el médico de turno evalúa al paciente que determina el tratamiento a suministrar, por ello en este tipo de ingreso a la atención en salud se da primero la prestación y posteriormente el proceso de autorización.

El paciente ingresa por el servicio de urgencias y en el proceso de admisiones de la IPS realizan la verificación del usuario y la recepción del paciente en el sistema, en resumen el personal de admisiones realiza los siguientes pasos:

- Revisar la identificación del usuario
 - Validar: Datos del usuario, régimen
- Revisar en el sistema que pertenece al régimen subsidiado y graba.
- Verificar si cancela cuota de recuperación y monto.
- Escanear copia del documento de identificación del paciente.
- Registrar en aplicativo la información requerido por el mismo.
- Registra los datos del acompañante o acudiente
- Generación código de ingreso

Una vez finalizada la prestación de los servicios de salud el personal de enfermería entrega al departamento de liquidación los documentos que soportan la autorización y prestación de los servicios para su liquidación.

El proceso de liquidación inicia con las siguientes verificaciones:

- Verificar en la Historia Clínica el suministro de los servicios.
- Identificar los servicios POS y NO POS suministrados.
- Que el paciente haya sido correctamente ingresado al sistema
- Si el paciente debe o no cancelar cuota de recuperación
- Si tiene servicios NO POS entrega a servicio al cliente los soportes recibidos de enfermería para la gestión de la autorización de servicios
- Solicita a admisiones la creación del registro para liquidar los servicios NO POS entregados al paciente

Para la gestión de la autorización del CTC y la autorización de servicios la persona de servicio al cliente realiza los siguientes pasos:

- Radica ante la EPS resumen de la HC, fórmula médica, formato de justificación NO POS debidamente diligenciado por el médico tratante, copia del documento de identificación del paciente y demás documentos soportes que solicite la EPS.
- Realiza seguimiento con la EPS de la realización del CTC y generación de la autorización de servicios
- Reclama en la EPS copia del CTC y autorización de servicios
- Revisa los soportes entregados por la EPS, en caso de identificar diferencias entre lo suministrado al paciente y lo autorizado procede a solicitar los ajustes correspondientes a la EPS
- Entrega al proceso de calidad la copia del CTC y la autorización de servicios

Simultáneamente el auxiliar de liquidación procede a liquidar la cuenta así:

- Identifica los servicios NO POS prestados al paciente

- Efectúa la liquidación de los servicios No pos prestados de acuerdo con el tarifario SOAT
- Ingresar en el aplicativo liquidación servicio NO POS
- Envía a auditoria de calidad los documentos y la liquidación para su revisión

Por medio del aplicativo se envía automáticamente la información al proceso de auditoría de calidad, allí el analista realiza las verificaciones de calidad, en resumen:

- En el registro de admisión creado desde urgencias, debe contener: la liquidación de los servicios POS
- En el registro de admisión solicitado por liquidación, debe contener la liquidación de los servicios NO POS
- Que los servicios prestados corresponden a los autorizados por la entidad.
- Que los servicios prestados aparezcan liquidados.
- Que los servicios liquidados estén soportados en la Historia Clínica.
- Liquidación de la cuenta de acuerdo al tarifario SOAT
- Da Vo.Bo y pasa a facturación.

Posterior de la admisión, liquidación y auditoria de calidad, continua el proceso de facturación y alistamiento para radicación del cobro, para lo cual los auxiliares de facturación realizan las siguientes actividades:

- Servicio prestado con comparador administrativo u homólogo en el POS
 - Facturar por separado el valor a cobrar al ente territorial y el valor a cobrar a la EPS,

Se generan dos facturas así:

- b. Factura Ente Territorial por el valor a pagar del servicio NO POS prestado:

Valor Servicio Prestado

- Homologo o comparador administrativo (POS)

- Cuota de recuperación
- = Total factura Ente Territorial

c. Factura EPS por el valor del homologo o comparador administrativo

- Homologo o comparador administrativo (POS)
- = Total factura EPS

- Servicio prestado SIN comparador administrativo u homólogo en el POS

Si el servicio NO POS prestado NO tiene homologo o comparador administrativo se genera únicamente la factura del Ente Territorial.

d. Factura Ente Territorial por el valor a pagar del servicio NO POS prestado:

- Valor Servicio Prestado
- Homologo o comparador administrativo (POS)
- Cuota de recuperación
- = Total factura Ente Territorial

El paso a seguir es la impresión de la(s) factura(s) y el armado de la cuenta adjuntando los soportes para el cobro del servicio NO POS prestado:

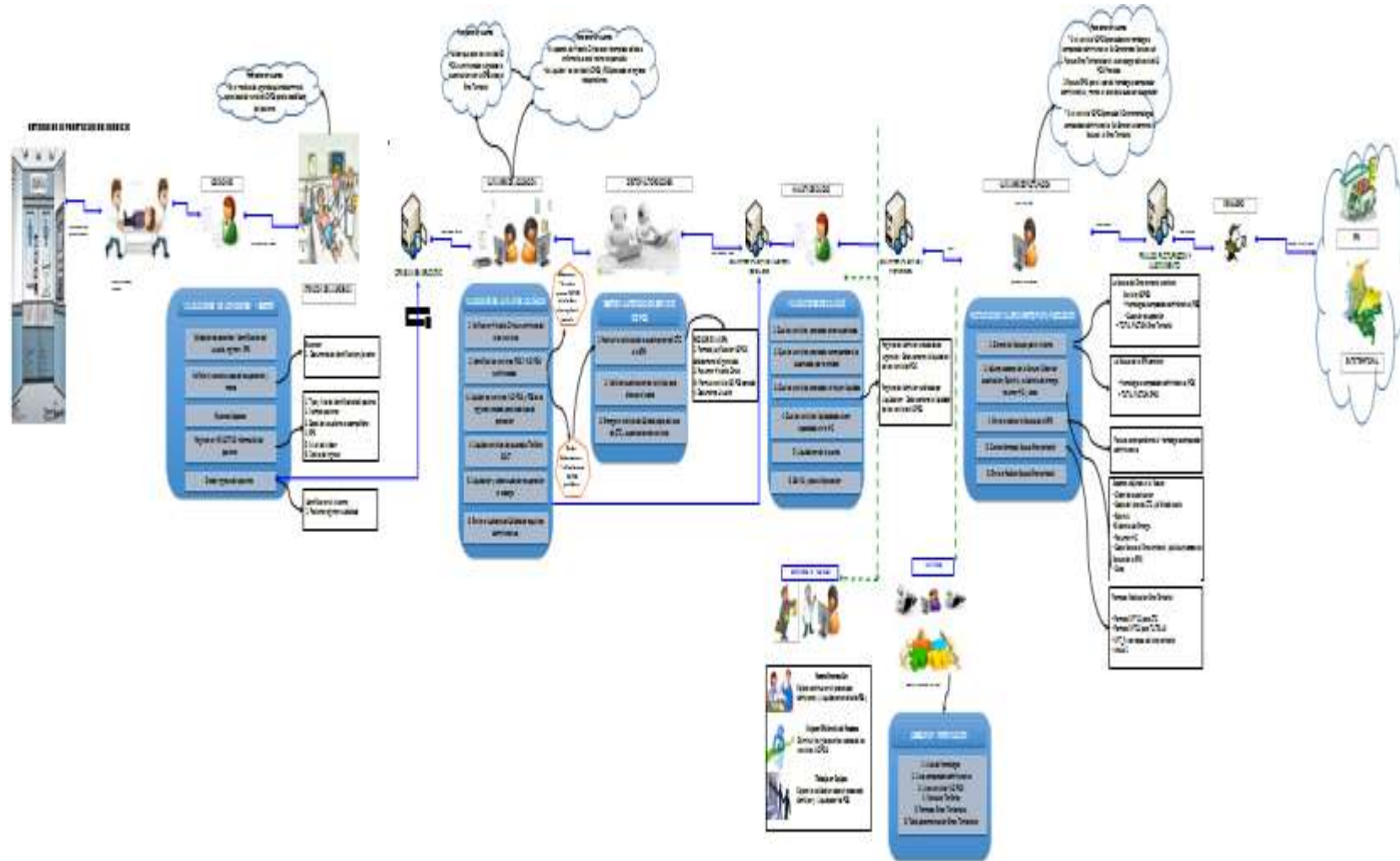
- Orden de autorización
- Evidencia de entrega: Epicrisis, resumen Historia Clínica, demás documentos que soporten la prestación del servicio
- Formula medica
- Acta de CTC o fallo de tutela
- Para la factura dirigida a la EPS se adjunta adiconal: copia factura Ente Territorial.

Continúa el alistamiento de los formatos exigidos por los entes territoriales para la radicación del cobro:

- Genera formatos MYT_01 (servicios autorizados por CTC) o MYT_02 (servicios ordenados por fallo de tutela) de acuerdo al tipo de cobro
- Genera formato MYT_R: Formato consolidado de las cuentas remitidas para la verificación y pago
- Anexo 1 : Formato detallado de las cuentas remitidas para verificación y pago
- Genera los archivos planos (archivos que contienen toda la información de la liquidación de la cuenta y datos del paciente)
- Embalaje de las cuentas a radicar
- Envío por correo certificado de los cobros a los diferentes entes territoriales

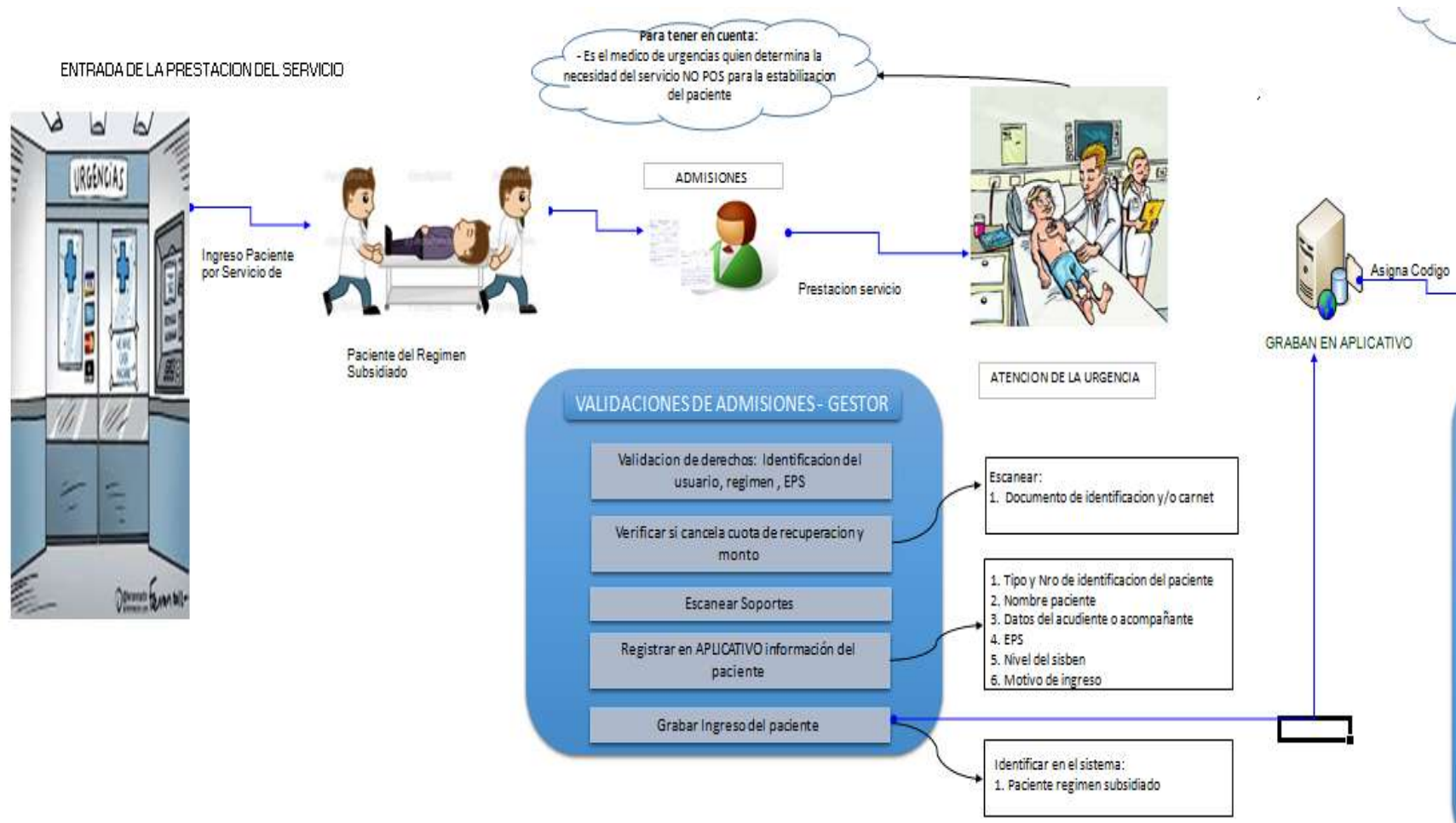
Finaliza el proceso de facturación, alistamiento y radicación del cobro a la EPS y Ente Territorial.

Ilustración 13 - Paso a paso inicio atención de Urgencias u Hospitalización



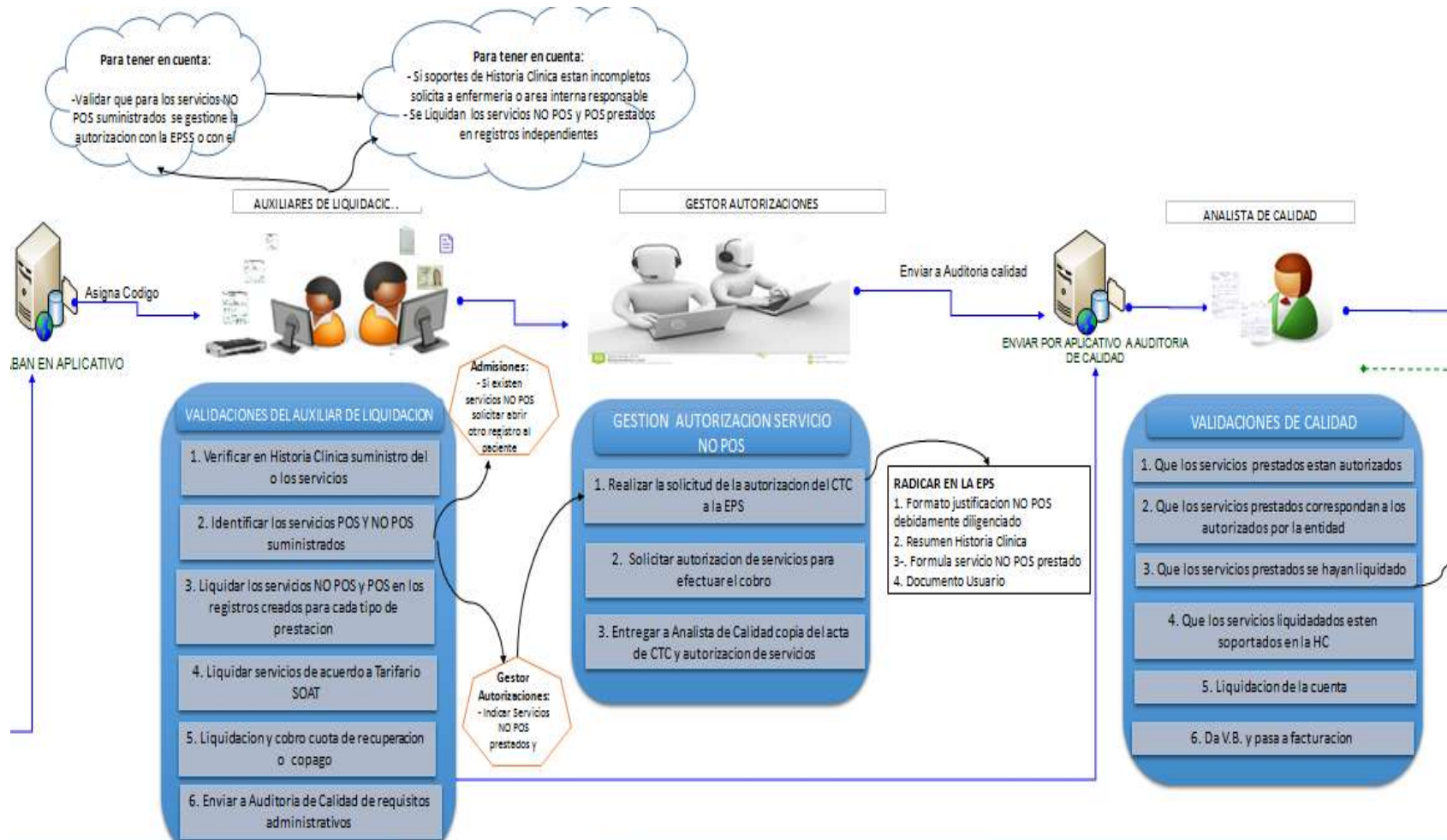
Fuente – Elaboración de los Autores – 2017

Ilustración 14 - Ingreso servicio de Urgencias



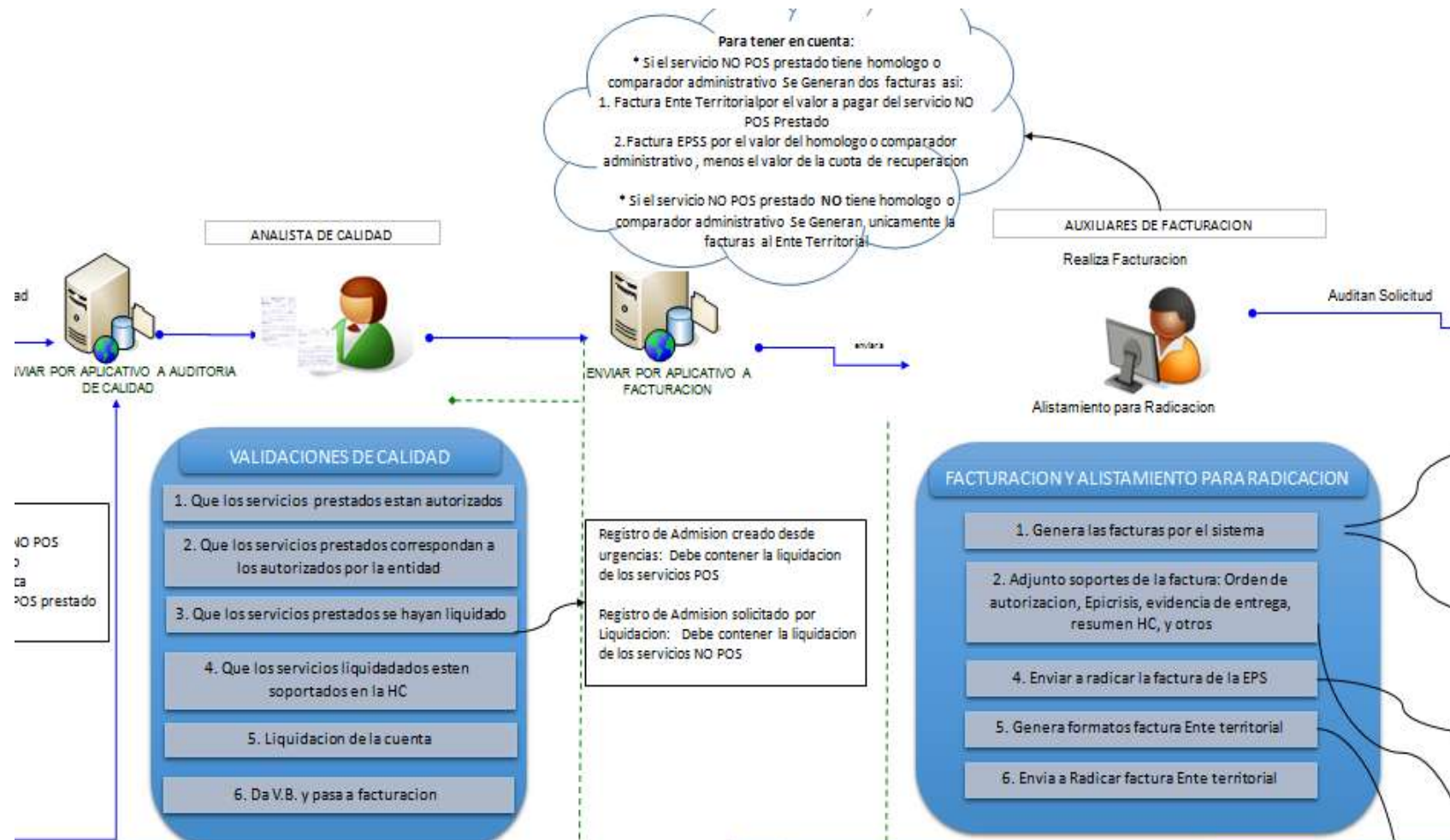
Fuente – Elaboración de los Autores - 2017

Ilustración 15 - Liquidación y calidad



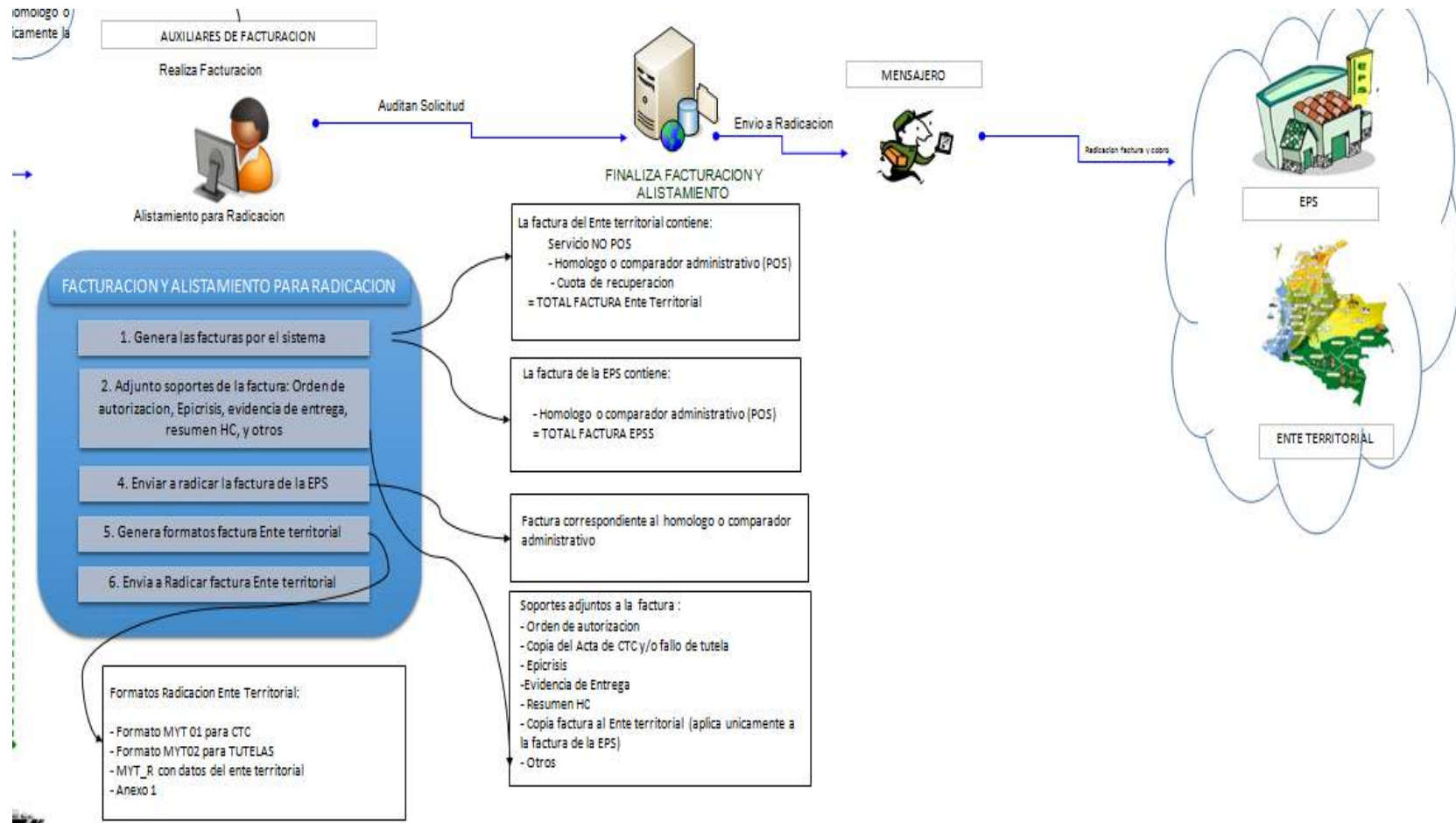
Fuente –Elaboración de los Autores – 2017

Ilustración 16 – Facturación



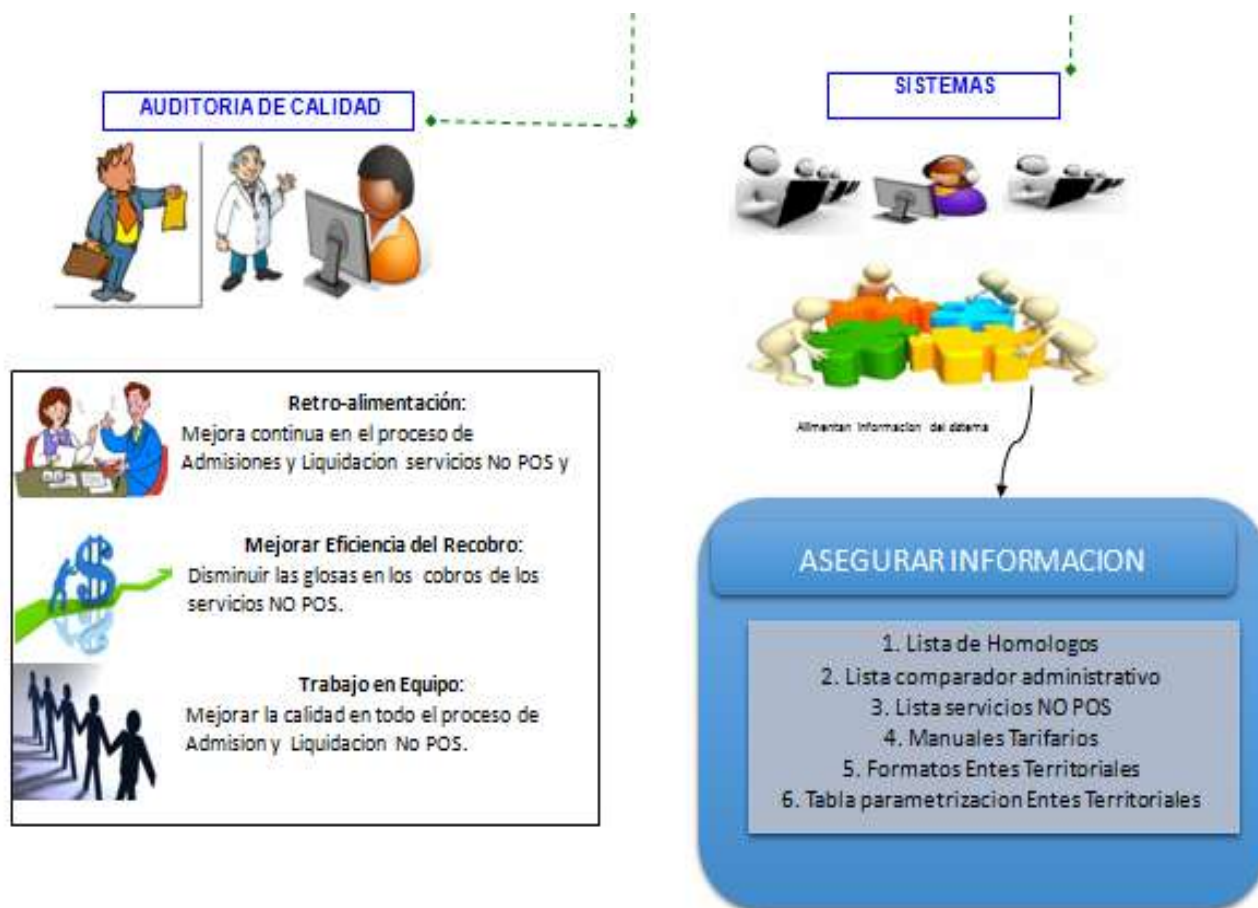
Fuente – Elaboración de los Autores – 2017

Ilustración 17 - Facturación y Radicación



Fuente – Elaboración de los Autores - 2017

Ilustración 18 - Proceso Transversal



Fuente – Elaboración de los Autores - 2017

5.5.3 Procedimientos para el mejoramiento continuo

A partir de la auditoria de calidad se realiza:

- La retroalimentación: Mejora continua en el proceso de admisiones y liquidación servicios NO POS.
- Mejorar eficiencia del recobro: Disminuir las glosas en los cobros de los servicios NO POS.
- Trabajo en equipo: Mejorar la calidad en todo el proceso de admisión y liquidación NO POS.

6 Capítulo III – Propuesta de la Herramienta para el Proceso de Facturación

6.1 Flujograma del Proceso

6.1.1 Flujograma proceso autorización ambulatoria

6.1.1.1 Primer momento.

El auxiliar de admisiones crea el registro de admisión en el aplicativo

La auxiliar de enfermería entrega la historia clínica del paciente al proceso de liquidación

El auxiliar de liquidación revisa la historia clínica e identifica si esta completa, si esta incompleta le informa al servicio de enfermería quien debe allegar todos los soportes de la atención, si esta completa confronta la prestación del servicio vrs las ordenes de autorización y el registro de admisión del paciente, si lo autorizado no corresponde a lo prestado solicita a servicio al cliente la gestión con la EPS o ente territorial de las autorizaciones correspondientes, de cumplir inicia proceso de liquidación de la cuenta.

6.1.1.2 Liquidación.

La liquidación de la cuenta se hace directamente en el aplicativo, para lo cual el mismo cuenta con las siguientes tablas parametrizadas:

- Homólogos
- Servicios NO POS
- Cuotas de recuperación o copagos
- Tarifario SOAT

Si el servicio NO POS a liquidar no se encuentra parametrizado el auxiliar de liquidación solicita al área de sistemas la inclusión en la tabla de parámetros, una vez ingresada a la tabla de parámetros continua con la liquidación de la cuenta.

Una vez finalizado el proceso de liquidación de la cuenta el auxiliar de liquidación imprime la liquidación, alista la cuenta adjuntando:

- Impresión liquidación
- Autorización de servicios
- Historia Clínica

Finalizado el alistamiento de la cuenta el auxiliar de liquidación entrega la cuenta al proceso de calidad

6.1.1.3 Calidad.

El analista de calidad inicia con la revisión de los documentos soportes, revisa que lo prestado de acuerdo a lo contenido en la HC sea lo autorizado en la orden de servicios, de NO corresponder solicita a servicio al cliente gestión de la corrección de la autorización de servicios, si todo corresponde procede a revisar la liquidación de los servicios NO POS.

Si la liquidación presenta inconsistencias devuelve la cuenta al auxiliar de liquidación para su corrección, una vez la cuenta cumple genera el V.B. en el aplicativo y entrega la cuenta al proceso de facturación.

6.1.1.4 Facturación

Una vez finalizado el proceso de calidad y con el V.B. de inicia el proceso de facturación, el auxiliar de facturación genera la factura por el aplicativo, revisa la liquidación de la factura del ente territorial, si no cumple solicita soporte a sistemas para verificación y corrección del error, de generarse bien continua revisando la liquidación de la factura de la EPS. Si no cumple solicita soporte a sistemas para verificación y corrección del error, si cumple procede a realizar la impresión de las facturas y su alistamiento, así:

- Factura Ente territorial

- Copia resumen HC²¹ o Epicrisis
- Autorización de servicios
- Demás documentos que soporten el cobro

6.1.1.5 Radicación.

El proceso de radicación inicia con la generación de envíos, el sistema permite incluir en un paquete más de una factura del Ente territorial teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Factura al Ente Territorial
- Tipo de cobro CTC o TUTELA, es decir agrupa por tipo de cobro
- Ente Territorial, es decir, únicamente dejar incluir en un mismo envío facturas de usuarios del mismo ente territorial

Posterior a la generación de envíos, el auxiliar de facturación genera por el sistema los siguientes formatos:

- Formato MYT_01 o MYT_02 según corresponda el tipo del cobro, por factura, este documento se adjunta a cada factura del ente territorial
- Formato MYT_R, el sistema genera uno por paquete
- Anexo 1, el sistema genera uno por paquete

El auxiliar de facturación imprime los formatos y alista físicamente la cuenta así:

- Radicación al Ente Territorial:
 - Formato MYT_01 O MYT_02 según corresponda por el tipo de cobro
 - Resumen HC o Epicrisis
 - Autorización de servicios

²¹HC= Historia Clínica

- Copia del acta de CTC
- Otros documentos que soporten el cobro
- Formato MYT_R debidamente firmado por el representante legal
- Anexo 1
- Radicación a la EPS:
 - Factura a la EPS
 - Autorización de servicios
 - Copia de la factura al ente territorial

Posteriormente se envían los documentos a radicar al ente territorial y a la EPS.

6.1.1.6 Flujograma Proceso

Ilustración 19 - Admisión - Inicio proceso liquidación

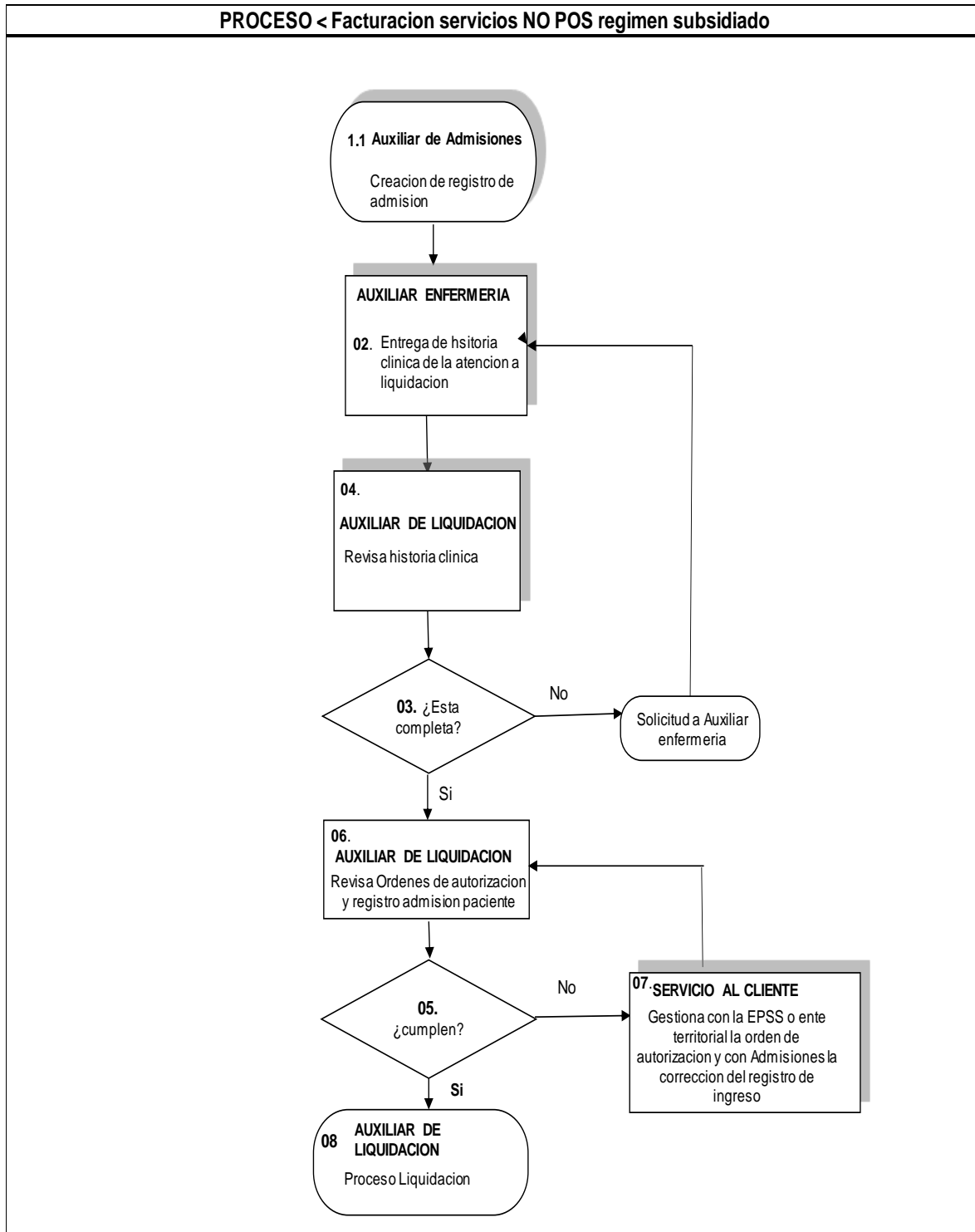
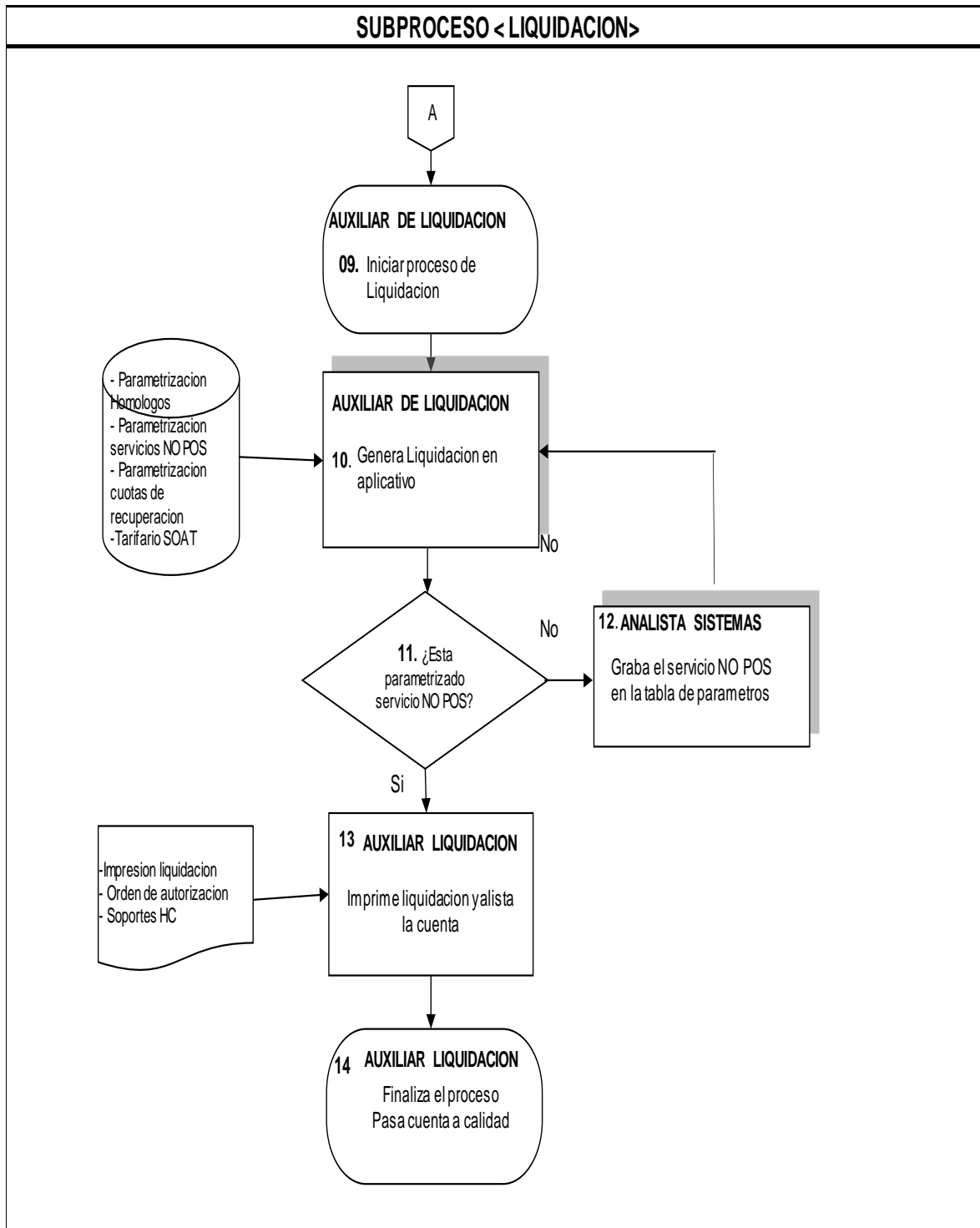
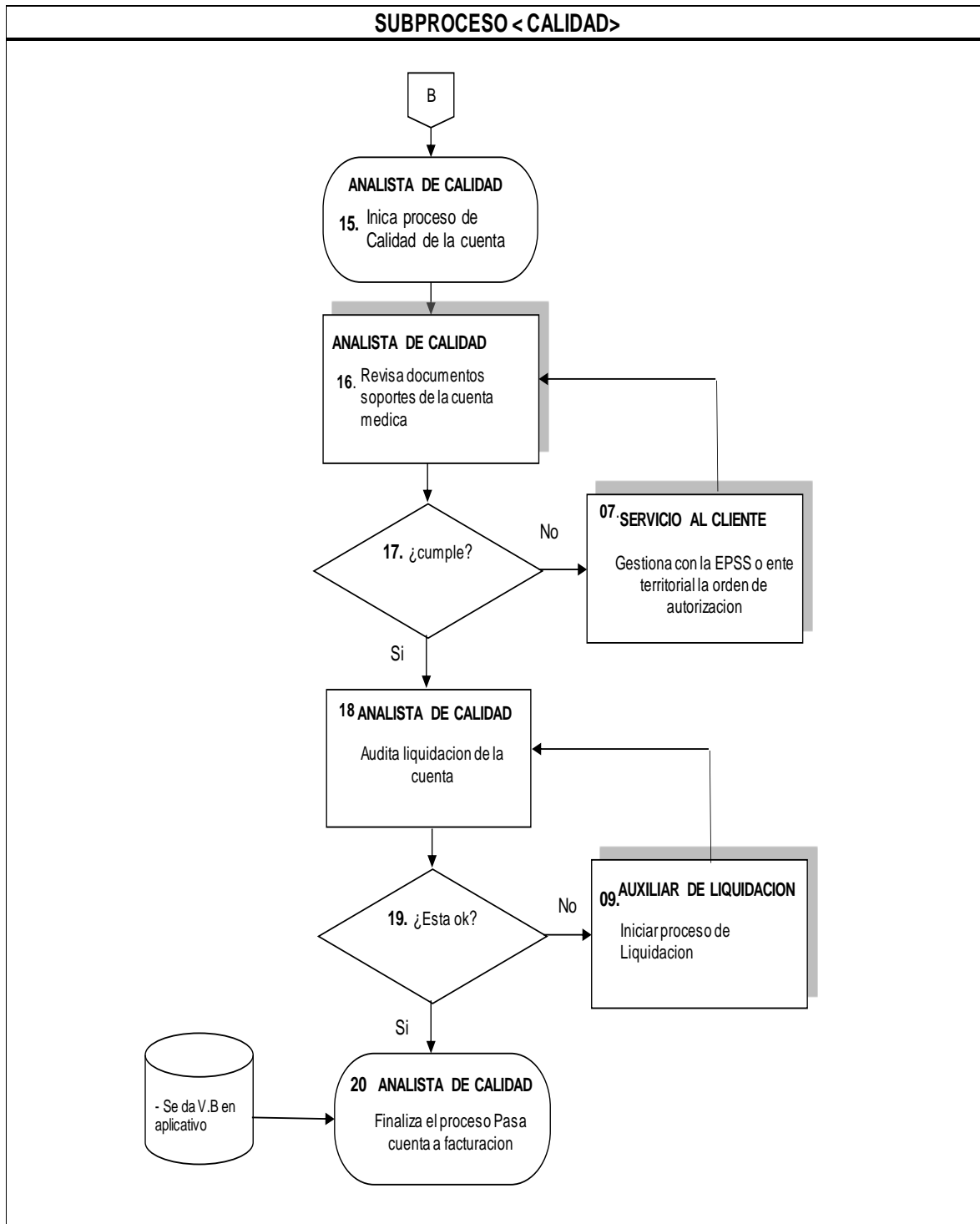


Ilustración 20 - Subproceso liquidación



Fuente – Elaboración de los autores – 2017

Ilustración 21 - Sub proceso Calidad



Fuente – Elaboración de los autores – 2017

Ilustración 22 - Subproceso de Facturación

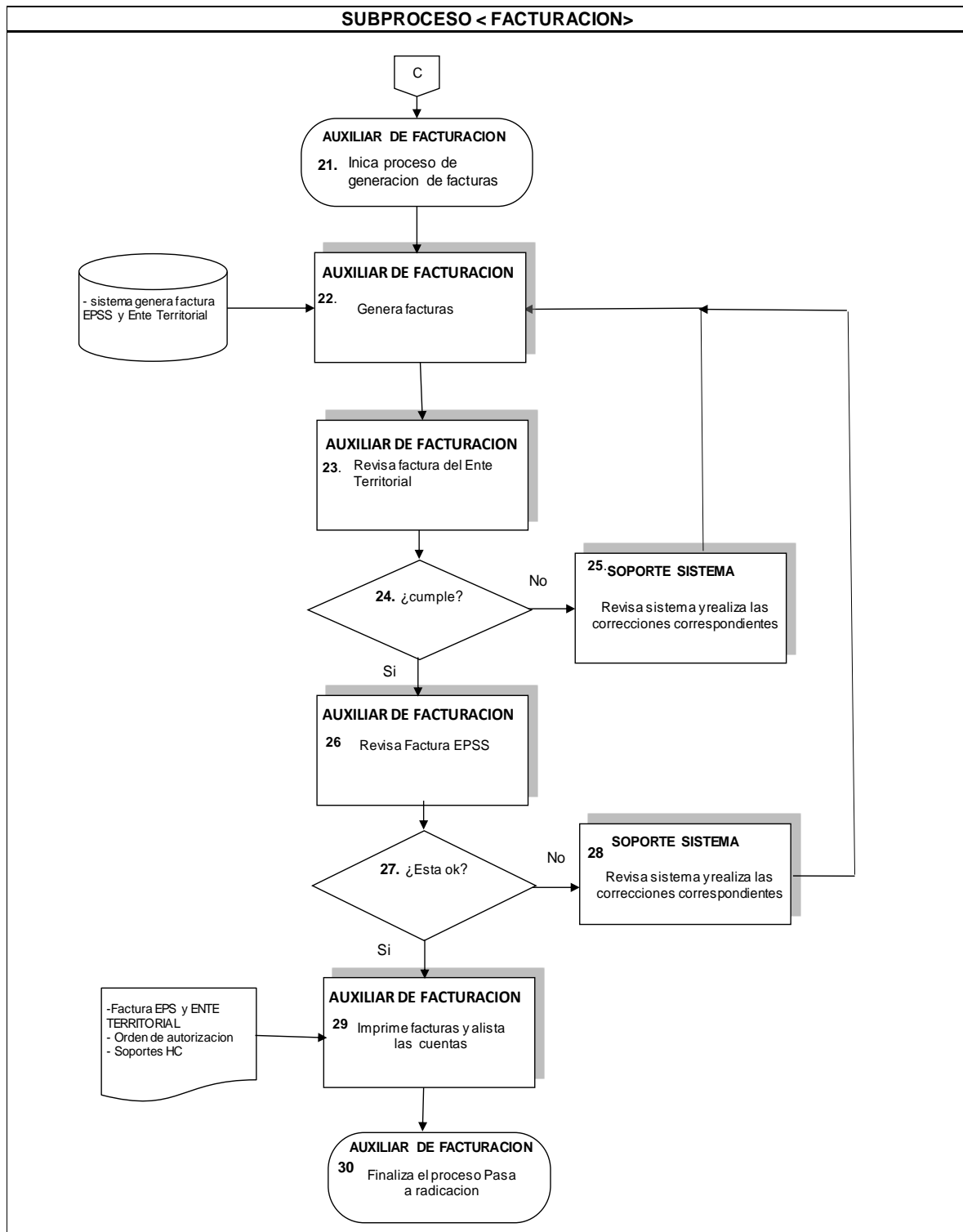
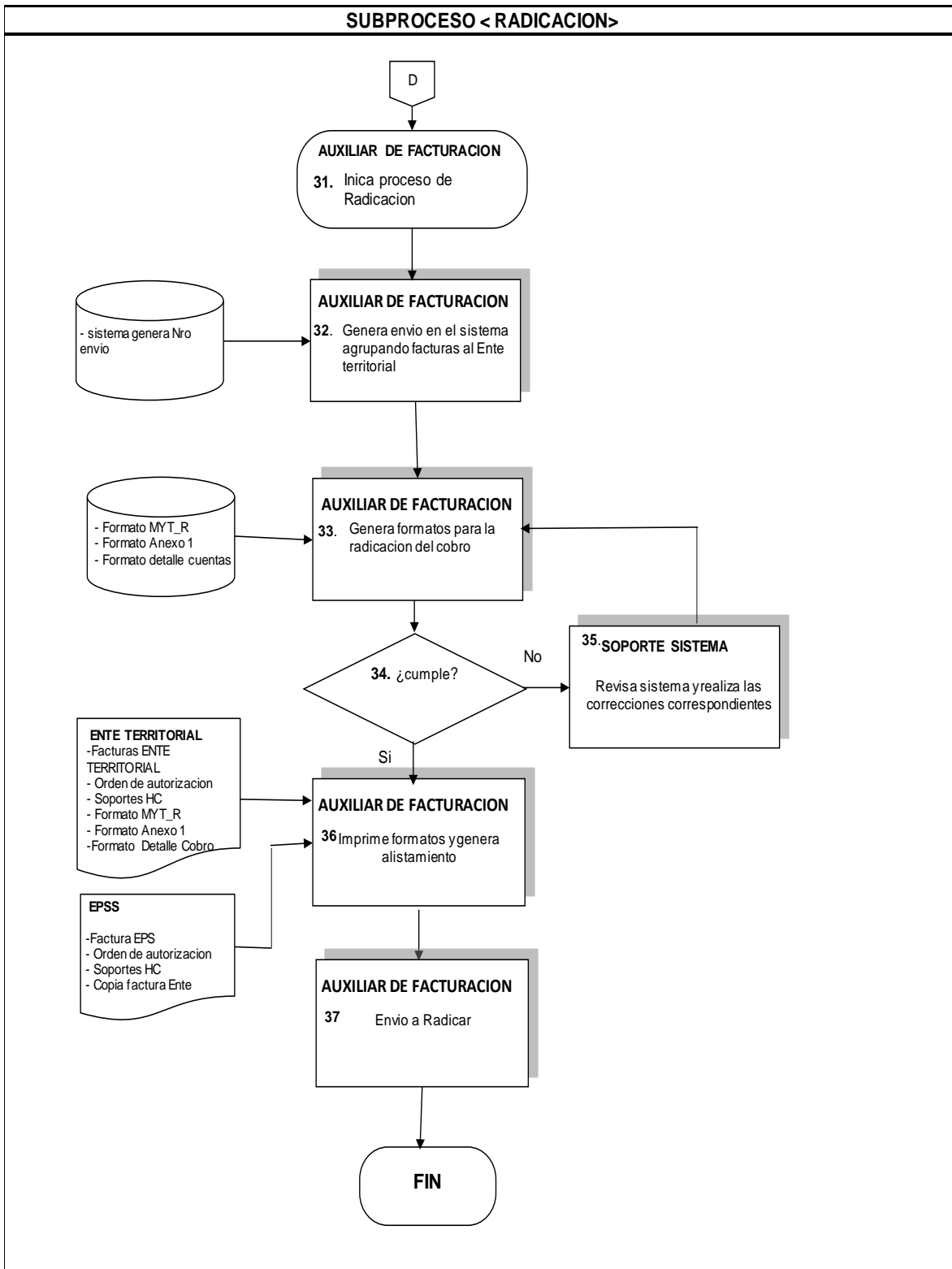


Ilustración 23 - Subproceso de Radicación



Fuente – Elaboración de los Autores - 2017

6.1.2 Flujograma proceso ingreso por urgencias u Hospitalización

6.1.2.1 Primer momento.

El auxiliar de admisiones crea el registro de admisión en el aplicativo, el médico de urgencias procede a prestar la atención al paciente, la auxiliar de enfermería entrega la historia clínica del paciente al proceso de liquidación, el auxiliar de liquidación revisa la historia clínica e identifica si al paciente se le prestó servicios NO POS, si no se prestó servicios NO POS finaliza el proceso , de tener prestaciones NO POS procede a solicitar a admisiones la creación del registro NO POS para la liquidación y solicitar a servicio al cliente el trámite del CTC y de la autorización de servicios. El auxiliar de liquidación continua con el proceso de la liquidación de la cuenta medica.

6.1.2.2 Liquidación.

La liquidación de la cuenta se hace directamente en el aplicativo, para lo cual el mismo cuenta con las siguientes tablas parametrizadas:

- Homólogos
- Servicios NO POS
- Cuotas de recuperación o copagos
- Tarifario SOAT

Si el servicio NO POS a liquidar no se encuentra parametrizado el auxiliar de liquidación solicita al área de sistemas la inclusión en la tabla de parámetros, una vez ingresada a la tabla de parámetros continua con la liquidación de la cuenta.

Una vez finalizado el proceso de liquidación de la cuenta el auxiliar de liquidación imprime la liquidación, alista la cuenta adjuntando:

- Impresión liquidación

- Autorización de servicios
- Historia Clínica

Finalizado el alistamiento de la cuenta el auxiliar de liquidación entrega la cuenta al proceso de calidad

6.1.2.3 Gestión autorización de servicios.

Simultáneo a la liquidación de la cuenta la persona de servicio al cliente realiza la gestión con la EPS de la realización del CTC y generación de la autorización de servicios, una vez recibe copia del CTC y la autorización y previa verificación la entrega al proceso de calidad para ser adjuntada a la cuenta.

6.1.2.4 Calidad.

El analista de calidad inicia con la revisión de los documentos soportes, revisa que lo prestado de acuerdo a lo contenido en la HC sea lo autorizado en la orden de servicios, de NO corresponder solicita a servicio al cliente gestión de la corrección de la autorización de servicios, si todo corresponde procede a revisar la liquidación de los servicios NO POS.

Si la liquidación presenta inconsistencias devuelve la cuenta al auxiliar de liquidación para su corrección, una vez la cuenta cumple genera el V.B. en el aplicativo y entrega la cuenta al proceso de facturación.

6.1.2.5 Facturación

Una vez finalizado el proceso de calidad y con el V.B. de inicia el proceso de facturación, el auxiliar de facturación genera la factura por el aplicativo, revisa la liquidación de la factura del ente territorial, si no cumple solicita soporte a sistemas para verificación y corrección del error, de generarse bien continua revisando la liquidación de la factura de la EPS. Si no cumple solicita

soporte a sistemas para verificación y corrección del error, si cumple procede a realizar la impresión de las facturas y su alistamiento, así:

- Factura Ente territorial
- Copia resumen HC²² o Epicrisis
- Autorización de servicios
- Demás documentos que soporten el cobro

6.1.2.6 Radicación.

El proceso de radicación inicia con la generación de envíos, el sistema permite incluir en un paquete más de una factura del Ente territorial teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Factura al Ente Territorial
- Tipo de cobro CTC o TUTELA, es decir agrupa por tipo de cobro
- Ente Territorial, es decir, únicamente dejar incluir en un mismo envío facturas de usuarios del mismo ente territorial

Posterior a la generación de envíos, el auxiliar de facturación genera por el sistema los siguientes formatos:

- Formato MYT_01 o MYT_02 según corresponda el tipo del cobro, por factura, este documento se adjunta a cada factura del ente territorial
- Formato MYT_R, el sistema genera uno por paquete
- Anexo 1, el sistema genera uno por paquete

El auxiliar de facturación imprime los formatos y alista físicamente la cuenta así:

- Radicación al Ente Territorial:
 - Formato MYT_01 O MYT_02 según corresponda por el tipo de cobro

²²HC= Historia Clínica

- Resumen HC o Epicrisis
- Autorización de servicios
- Copia del acta de CTC
- Otros documentos que soporten el cobro
- Formato MYT_R debidamente firmado por el representante legal
- Anexo 1
- Radicación a la EPS:
 - Factura a la EPS
 - Autorización de servicios
 - Copia de la factura al ente territorial

Posteriormente se envían los documentos a radicar al ente territorial y a la EPS.

6.1.2.7 Flujograma proceso

Ilustración 24 - Subproceso Admisión - Inicio proceso liquidación

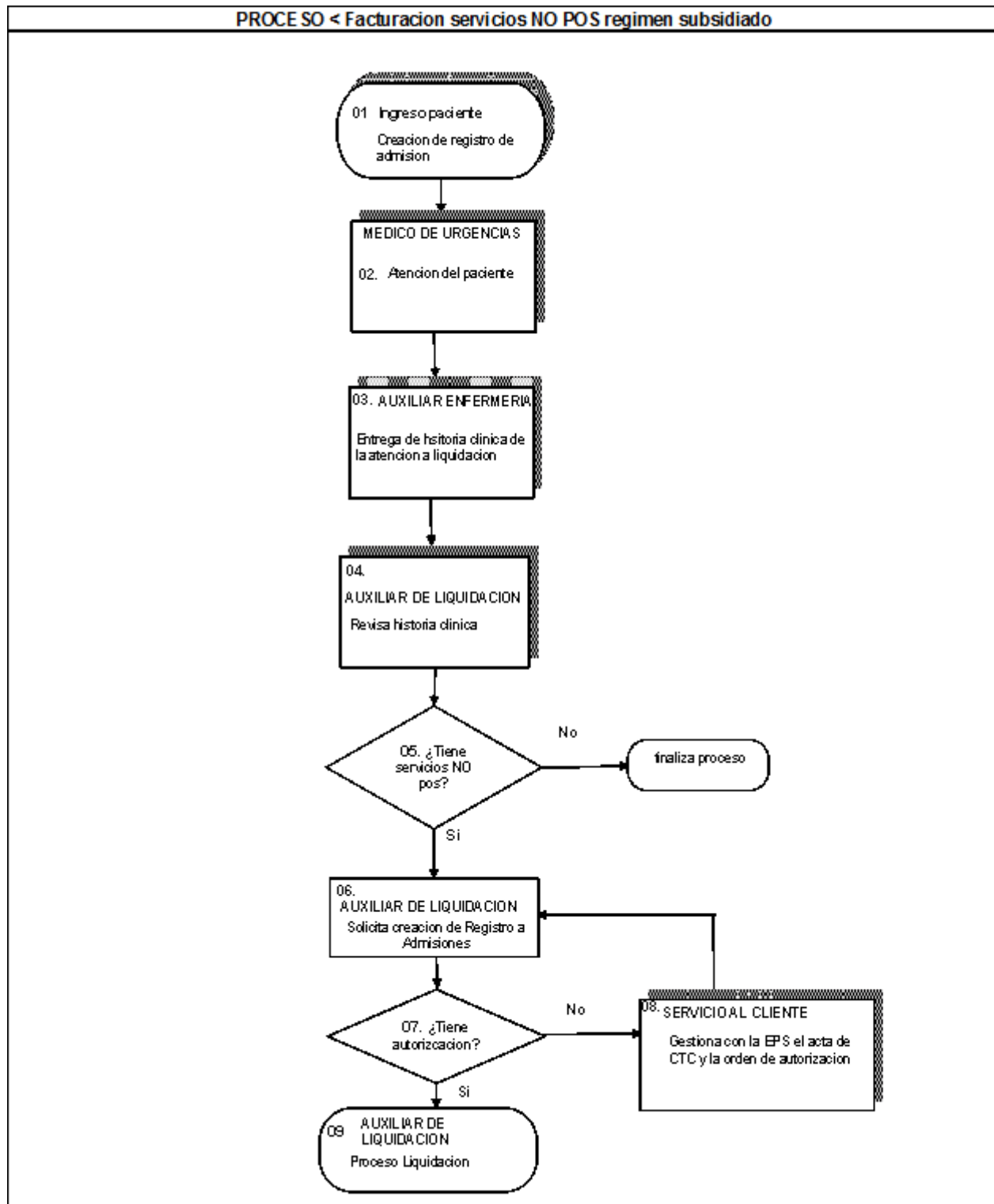
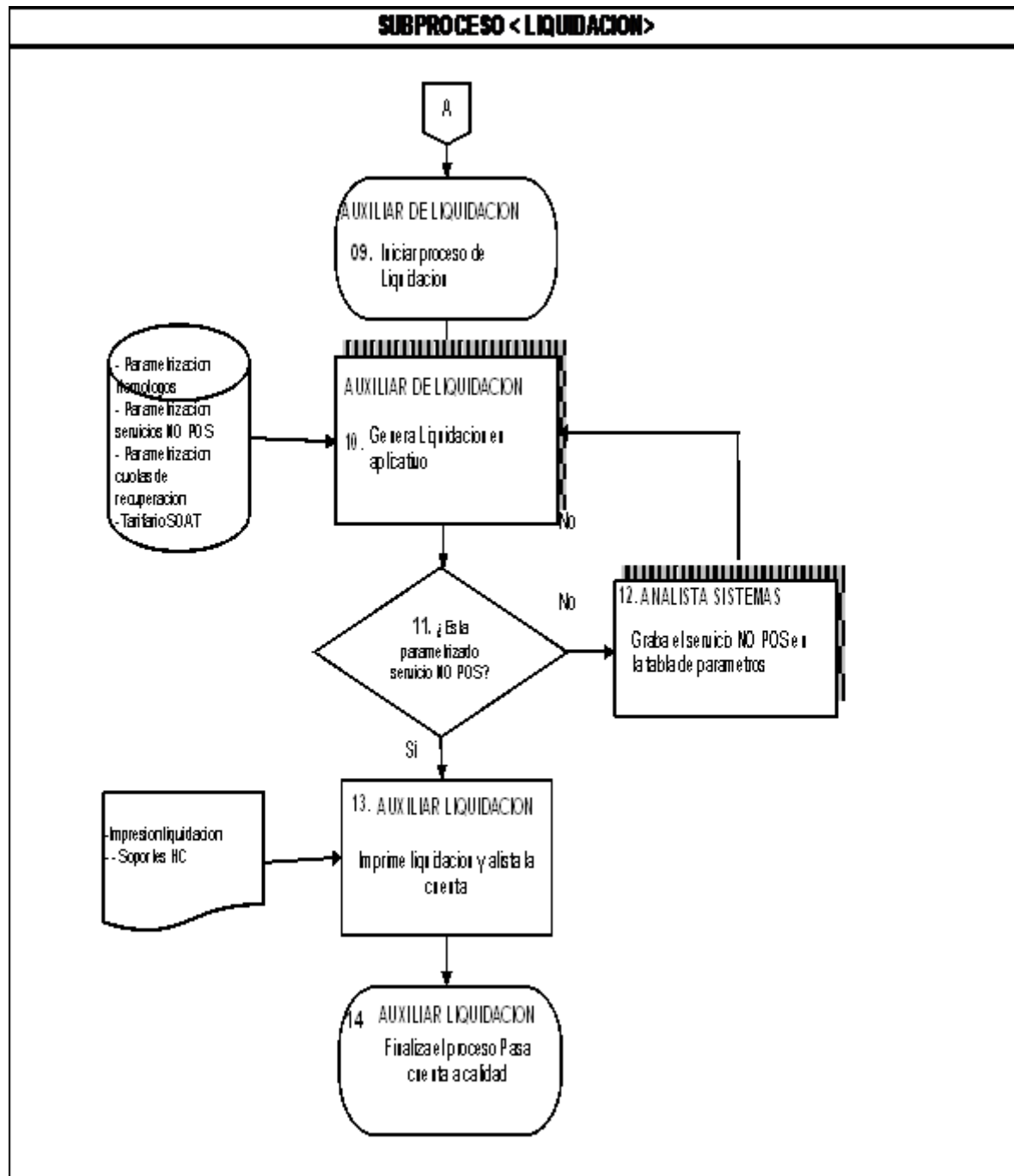


Ilustración 25 - Subproceso de liquidación



Fuente – Elaboración de los Autores - 2017

Ilustración 26 - Subproceso Gestión Autorización Servicios NO POS

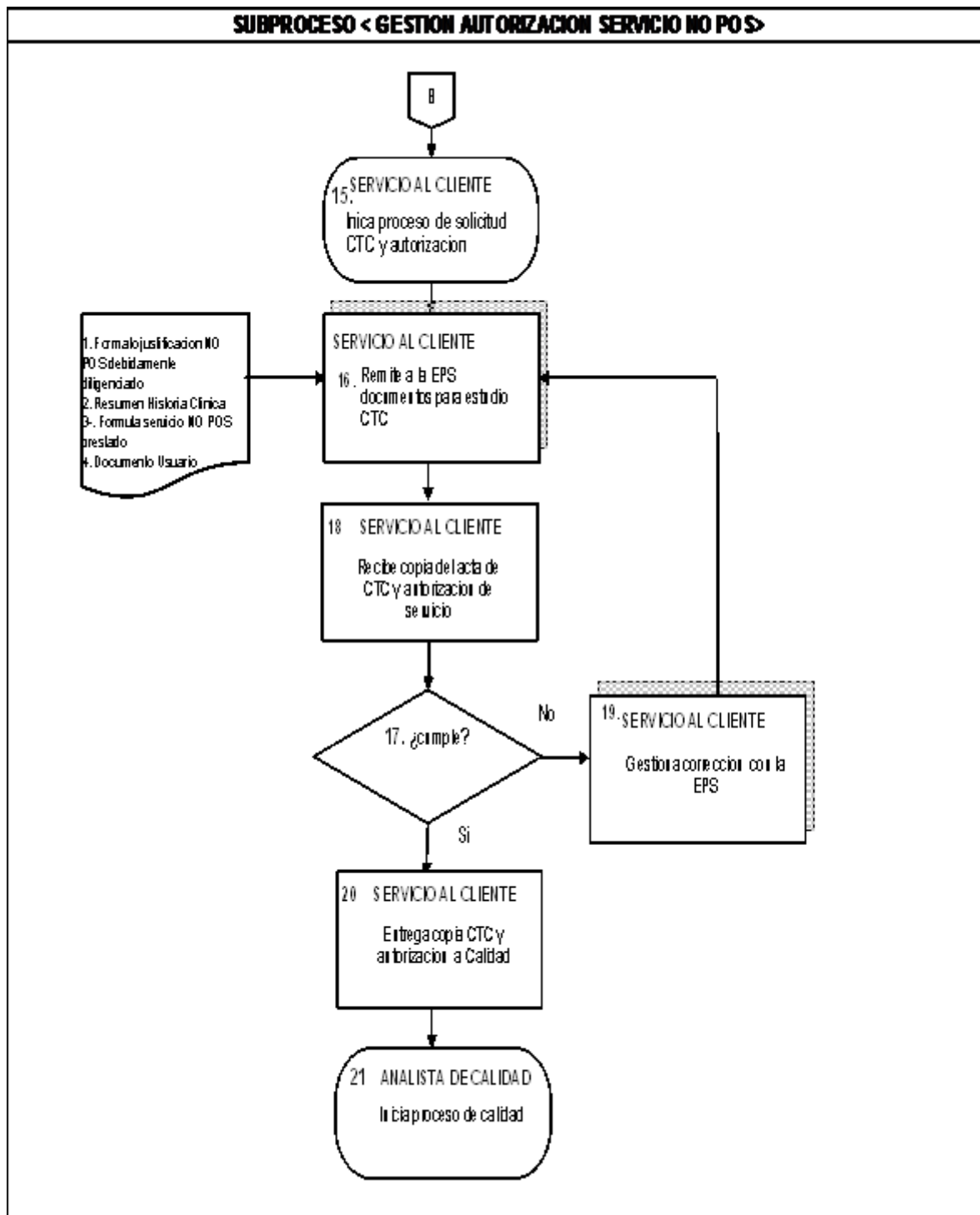
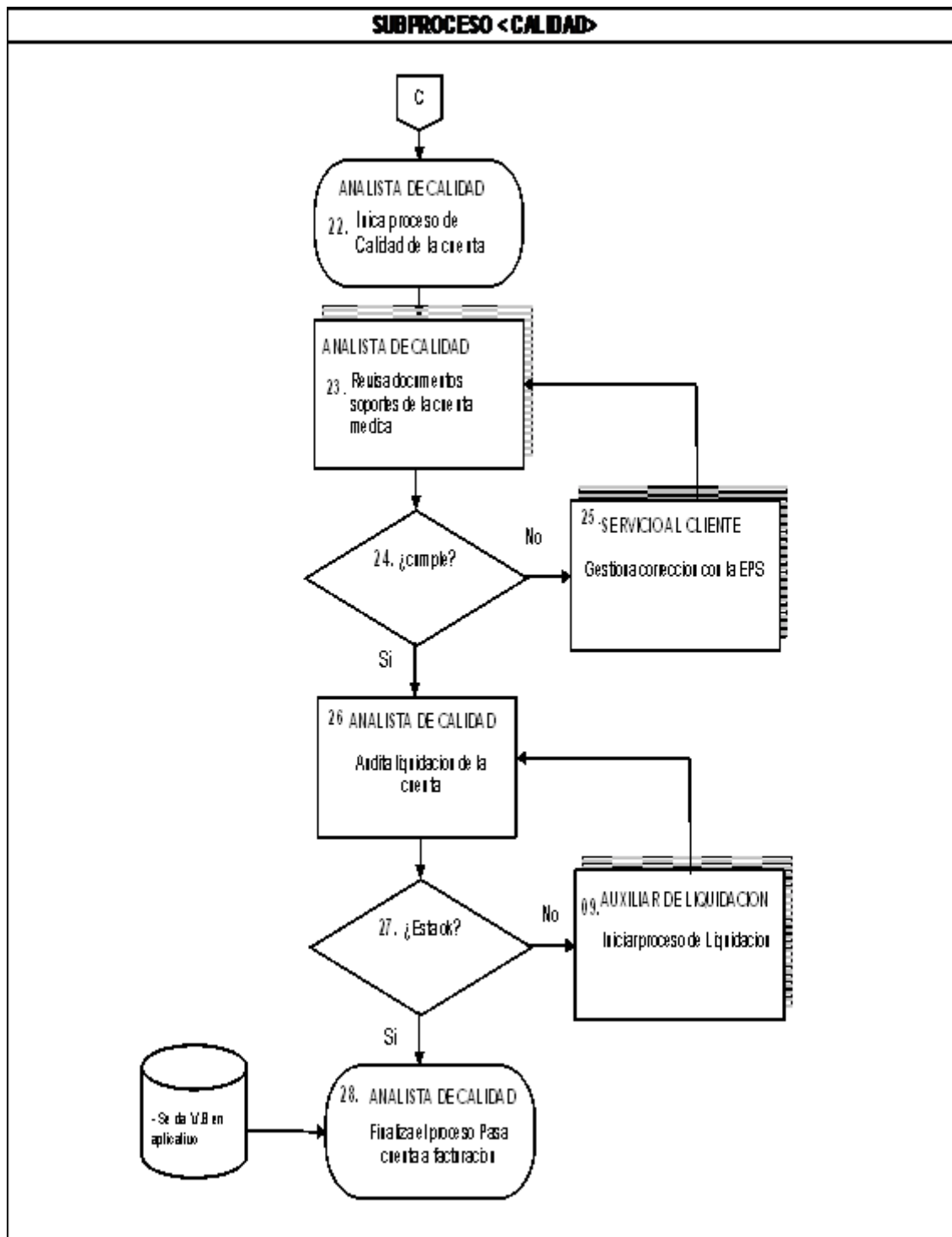
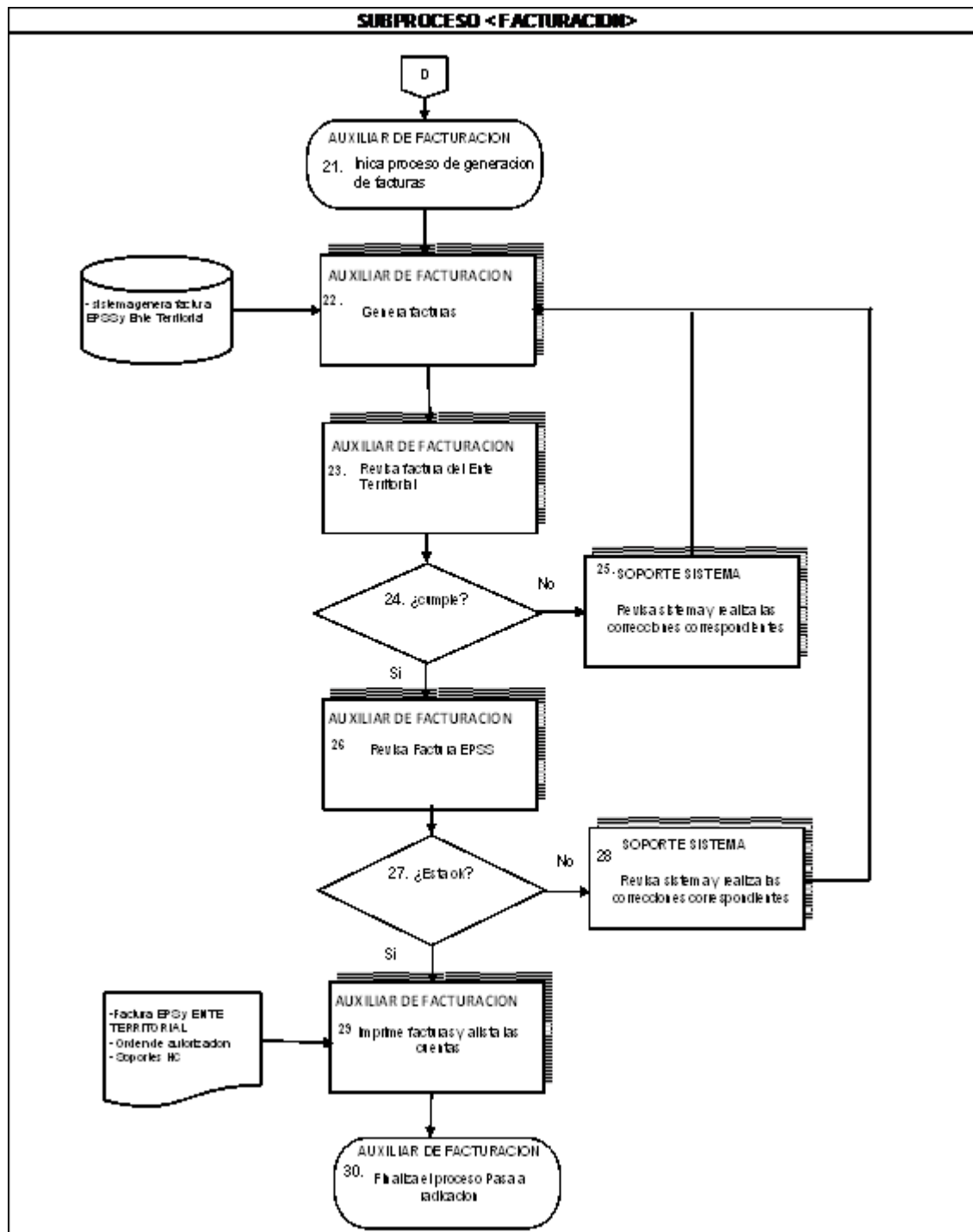


Ilustración 27 - Subproceso Calidad



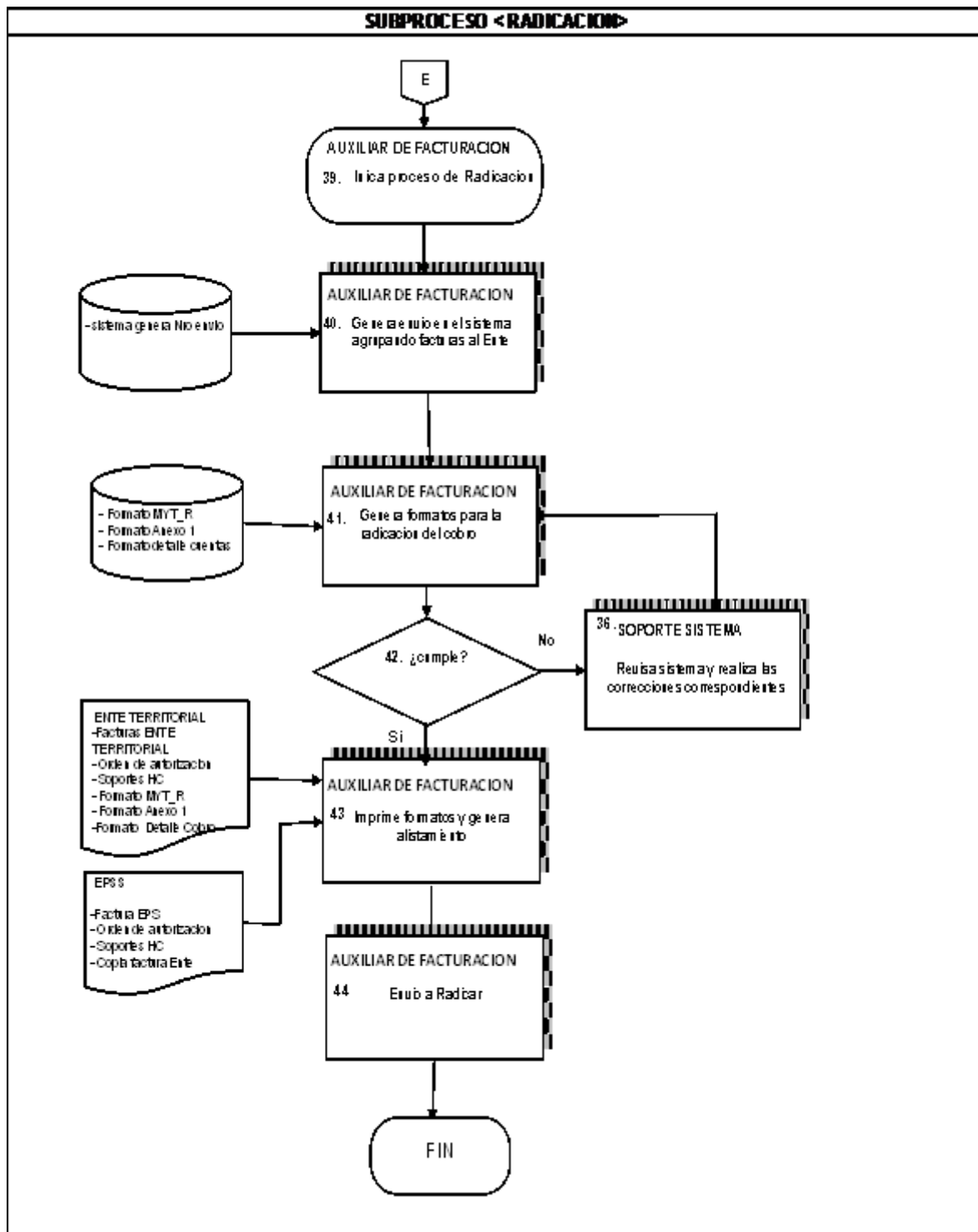
Fuente – Elaboración de los Autores – 2017

Ilustración 28 - Subproceso facturación



Fuente – Elaboración de los Autores – 2017

Ilustración 29 - Subproceso de Radicación



Fuente – Elaboración de los Autores – 2017

6.2 Requerimiento Desarrollo

6.2.1 Objetivo.

Realizar un proceso de Facturación de los servicios NO POS prestados a los usuarios del subsidiado que finalice con el proceso de cobro directo ante los entes territoriales con base en lo dispuesto en la resolución 1479 del 2015, para esto en el aplicativo se debe contar con las siguientes tablas y funcionalidades:

- Tabla parametrizada de homólogos
- Tabla parametrizada de comparadores administrativos
- Tabla parametrizada servicios NO POS
- Tabla manual tarifario SOAT
- Tabla parametrización Entes Territoriales
- Tabla parametrización cuotas de recuperación y copagos
- Generación del proceso de Admisión del paciente en las etapas que se describen más adelante
- Generación del proceso de Liquidación de los servicios NO POS de forma semi-automática en las etapas que se describen más adelante.
- Generación del proceso de Calidad de la liquidación de los servicios NO POS en las etapas que se describen más adelante.
- Generación del proceso de facturación de la cuenta de forma automática en las etapas que se describen más adelante.
- Generación de paquetes conformado por facturas de la misma entidad territorial para su cobro

- Funcionalidad que genere los formatos requeridos por entidad territorial para radicar el cobro a solicitud del usuario del sistema
- Crear informes de control y seguimiento

6.2.2 Funcionalidad.

6.2.2.1 Especificación General.

Para mayor comprensión en la especificación de este requerimiento se divide en tres partes:

La parte A. Hace referencia a la admisión del paciente en la IPS hasta la identificación de prestación de servicios NO POS en Urgencias y/o Hospitalización

La parte B. Se refiere a la funcionalidad para realizar la liquidación hasta la radicación de los servicios NO POS prestados en atención de urgencias y/o hospitalización

La parte C. Corresponde a la generación de informes por el aplicativo que permita el control de las cuentas liquidadas de servicios NO POS

A continuación se especifica en detalle el funcionamiento que debe tener cada parte:

Parte A. Se requiere que desde el inicio del paciente se cree registro de admisión por separado para las prestaciones POS y NO POS, si bien la prestación de los servicios NO POS se da a partir de la atención de urgencias o de la atención hospitalaria es preciso que de igual forma se genere un registro para la liquidación de los servicios NO POS por aparte.

Con esta herramienta se requiere que el aplicativo facture de forma separada los servicios POS y NO POS y genere los formatos exigidos por los entes territoriales para la radicación del cobro.

Parte B. El Proceso de liquidación y Facturación de los servicios NO POS se debe realizar de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1479 del 2015 , de igual forma el aplicativo debe permitir generar paquetes para radicación a partir de la agrupación de mas de una

factura por Ente territorial para generar el proceso de alistamiento y radicación del cobro ante los entes territoriales y la EPS.

Actualmente las IPS cuentan con sistemas propios de facturación del POS sobre los cuales se pueden aplicar cambios al sistema de acuerdo a lo especificado en el presente requerimiento de manera que se optimice el recurso tecnológico ya existe, o por el contrario se puede desarrollar la herramienta para ser implementada como nuevo sistema de facturación de la entidad.

El aplicativo debe realizar la liquidación a partir del ingreso del código del servicio a liquidar o del grupo del servicio según el tarifario SOAT.

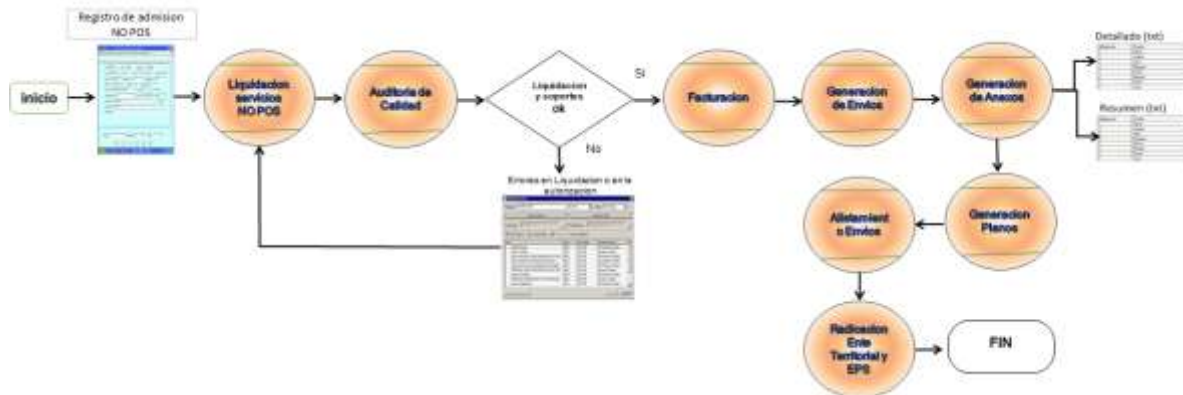
El aplicativo debe tener una funcionalidad que permita agrupar las facturas por ente territorial y genere un número de paquete consecutivo, separado por los servicios autorizados por CTC de los de TUTELA, al igual que tener una funcionalidad mediante la cual se generen los formatos dispuestos por la norma para la radicación del cobro ante la entidad territorial.

Para efectos de este requerimiento se han definido las siguientes etapas:

- Admisión del paciente
- Liquidación servicios NO POS prestados
- Calidad liquidación servicios NO POS
- Facturación servicios NO POS
- Generación de envíos
- Generación de anexos

A continuación se describe gráficamente las funcionalidades del aplicativo

Ilustración 30 - Funcionalidad Aplicativo



Fuente Elaboración de los autores (2017)

Parte C. Para el control de la facturación de las cuentas liquidadas y de la radicación de las cuentas facturadas la herramienta contara con reportes e informes que podrán ser generados por el usuario.

6.2.2.2 Especificación funcionalidad.

A continuación se especifican las etapas con las validaciones correspondientes que el aplicativo debe realizar:

6.2.2.2.1 Parte A. Creación del Registro de Admisión NO POS.

Antes de iniciar la etapa de liquidación de la cuenta se debe validar que el paciente tenga registro creado para liquidación de servicios NO POS, marcación que se realizara al momento de recepcionar el paciente o al generar el registro de admisión para liquidación de servicios NO POS a solicitud del área de liquidación.

Para la creación del código de admisión para la liquidación de Servicio NO POS es preciso registrar:

- a. Nombre completo del paciente
- b. Tipo y número de identificación
- c. Genero
- d. Edad

- e. Fecha y lugar de nacimiento
- f. Tipo afiliación
- g. Tipo de cuota de recuperación o copago
- h. Nivel sisbén
- i. Datos del acompañante o acudiente
- j. EPS
- k. Ente territorial al cual pertenece
- l. Servicio de salud que solicita
- m. Marcar tipo de prestación NO POS

El proceso de admisión debe estar vinculado al proceso de liquidación mediante el código de admisión

Los datos registrados deben coincidir con los datos de la autorización de servicios

En admisiones se debe verificar que la autorización este vigente

6.2.2.2.2 **Parte B.** Liquidación del servicio NO POS.

En el módulo de liquidación se digita:

- Tipo y número de identificación del paciente
- O código de admisión

Ilustración 31 - Ingreso modulo liquidación,

DATOS DE ADMISION	
REGISTRO LIQUIDACION PRESTACION NO POS	
Nombre paciente	
Tipo Identificacion	
Numero de Identificacion	
Nivel Sisben	
Cancela cuota de recuperacio	
EPS	
Ente territorial	
Numero Autorizacion EPS	

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

Ilustración 32 - Pantallazo visualización datos usuario

ingreso Modulo Liquidacion		
	Tipo identificacion	
	Numero identificacion	
	Codigo registro admision	

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

- Se despliega todo el registro del paciente
- Se revisa la información del paciente que muestra el aplicativo y se valida con:
 - La autorización de servicios (ingreso ambulatorio)
 - Historia Clínica (Ingreso por urgencias u Hospitalización)
- Se ingresa en el aplicativo el servicio NO POS prestado
 - Si no existe el servicio se debe solicitar al área de sistemas que el mismo sea creado parametrizado con tarifario SOAT
- Para la liquidación de procedimiento NO POS se ingresa el grupo quirúrgico
 - El sistema debe liquidar automáticamente los servicios de:
 - Derechos de sala
 - Materiales de sutura y curación
 - Cirujano
 - Anestesiólogo
 - Ayudante Quirúrgico (Este debe tener opción de desmarcarse)
 - El liquidador liquidara semiautomáticamente
 - Estancia (tipo de estancia y tiempo)
 - Otros procedimientos realizados en piso
 - Los medicamentos deben ser cargados desde el módulo de farmacia

- Las ayudas diagnósticas y terapéuticas deben ser cargadas desde el área correspondiente al registro creado para la liquidación de los servicios NO POS
- Para la liquidación de medicamentos NO POS
 - El sistema traerá del módulo de farmacia los medicamentos que el liquidador vincule al registro de admisión NO POS

Los medicamentos regulados deben estar parametrizados en la tabla de medicamentos con el valor máximo de regulación.

- El sistema liquida automáticamente cuota de recuperación o copago
- El sistema automática generara la liquidación del homologo o comparador administrativo
- El sistema debe asignar el código CUM o CUP según corresponda trayéndolo de la Tabla Maestra de Códigos CUMPS/CUPS.
 - De no estar el CUM o CUP creado el sistema debe enviar mensaje de erro
 - El liquidador debe solicitar a soporte sistemas creación del código para finalizar la liquidación
- Al finalizar liquidación el auxiliar de liquidación enviar para calidad la cuenta

Ilustración 33 - Botón envío Inicio Calidad

Proceso de Calidad	
Inicio	SI

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

6.2.2.2.3 Parte B. Calidad de liquidación.

Al marcar liquidación la cuenta para liquidación la misma migra al módulo de calidad,

Ilustración 34- Botón envío Inicio Calidad

Proceso de Calidad	
Inicio	SI

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

Ilustración 35 – Prototipo pestaña Calidad

PROCESO DE CALIDAD		
Inicio	SI	
Auditoria Existosa		
Auditoria con Inconsistencias		
REGISTRO INCONSISTENCIA		
TIPO INCONSISTENCIA	SI /NO	OBSERVACION
Falta evidencia de entrega		
Servicio autorizado diferente al liquidado		
Servicio sin autorizacion		
Servicio liquidado diferente al prestado		
Servicios sin liquidar		
Otros		

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

El registro SI significa que el soporte falta o la liquidación tiene inconsistencias y se habilitara el campo de observación, El registro NO significa que el ítem evaluado esta OK

Cuando se digite SI en auditoria exitosa la cuenta pasara automática al modulo de facturación, esta marcación funcionara solo con opción de SI y NO.

Cuando se digite SI en auditoria con inconsistencias la cuenta pasara automática al modulo de liquidación nuevamente, esta marcación funcionara solo con opción de SI y NO, adicional el sistema exigirá alguna marcación en los campos de “Registro de inconsistencia”

Para este último caso el sistema validara que en el campo SI/NO exista como minino una marcación SI,

En liquidación al terminar de corregir la cuenta se le activara nuevamente la pestaña para envío a calidad.

El sistema guardara la trazabilidad de la cuenta.

Calidad validara que la liquidación del servicio NO POS este correcta de acuerdo a la prestación y el tarifario SOAT

6.2.2.2.4 Parte B. Facturación de la cuenta médica.

Para iniciar el proceso de facturación el auxiliar debe indicar al aplicativo

Ilustración 36 - Pestaña para visualizar Pre factura y Generar Factura

PROCESO DE FACTURACION	
Visualizar prefactura	SI
Facturar	

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

- Al pre visualizar la factura debe mostrar la factura al Ente territorial y la factura a la EPS
- La liquidación de cada factura debe visualizarse de la siguiente manera

Ilustración 37 - Ejemplo Liquidación Factura Ente Territorial

Código	Servicio	cantidad	valor unitario	valor total
xxxx	Descripcion servicio NO POS	x	x	x
	Menos Homologo			
xxxx	Descripcion Homologo comparador administrativo	x	x	x
	Sub total	xx	xx	xx
xxxx	Descripcion servicio NO POS	x	x	x
	Menos Homologo			
xxxx	Descripcion Homologo comparador administrativo	x	x	x
	Sub total	xx	xx	xx
	Subtotal Factura			xx
	Menos cuota de recuperacion			x
	TOTAL FACTURA			xxxxxx

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

Ilustración 38 - Ejemplo Liquidación Factura EPS

Código	Servicio	cantidad	valor unitario	valor total
xxxx	Descripcion Homologo comparador administrativo	x	x	x
xxxx	Descripcion Homologo comparador administrativo	x	x	x
Subtotal Factura				xx
TOTAL FACTURA				xxxxxx

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

- Al visualizar la factura el sistema NO generara número de factura
- Al momento de indicar Facturar el sistema asignara número de factura, en este momento la liquidación ya no podrá ser modificada

6.2.2.5 Parte B. Generación de Envíos.

Ilustración 39 - Pestaña Generación de Envíos

Generacion de Envios			
Fecha inicio		Fecha Fin	
EPS		Ente Territorial	
Tipo cuenta	Identificar CTC o Tutela		
Selección	Numero Factura	Ente Territorial	EPS
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
Guardar			

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

Al dar guardar el aplicativo generara mensaje indicando la generación exitosa e indicando el número del envío.

- El aplicativo permitirá generar envíos hasta por 500 facturas

- Solo permitirá realizar envíos por Ente Territorial y EPS
- Permitirá hacer envíos por rango de fecha, la misma corresponderá a la fecha de la factura
- Generar envíos por tipo de recobro, de ninguna manera permitirá hacer un envío con cuentas de CTC y tutelas
- El auxiliar de facturación podrá seleccionar cuenta a cuenta que desea ingresar al envío
Validación del aplicativo al momento de generar el envío
- Que todas las facturas pertenezcan al mismo ente territorial
- Que las facturas correspondan a servicios NO POS
- Que todas las facturas del envío pertenezcan a la misma EPS
- Que todas las facturas pertenezcan al mismo tipo de cobro (CTC o TUTELA)

6.2.2.2.6 Parte B. Generación de planos.

Teniendo en cuenta que se debe complementar información que se forman parte de la estructura de los planos, el sistema habilitara los campos requeridos para los cuales no está ingresada la información para que el auxiliar de facturación proceda a realizar la respectiva digitación, así cada cuenta debe contar con la siguiente información:

Cobro por CTC: A continuación se especifican los campos que conforman el recobro de la cuenta:

- EPS
- Regional
- Tipo de documento del usuario
- Número de documento del usuario
- Primer Nombre

- Segundo Nombre
- Primer Apellido
- Segundo apellido
- Semana EPS: se registrara cero automáticamente
- Semana SGSSS: se registrara cero automáticamente
- Tipo de afiliado
- Nivel usuario
- Numero consecutivo del recobro: Se registrara automática el numero factura IPS
- **Numero de autorización: Dato capturado desde la admisión del paciente, de igual forma el sistema permitirá digitarlos**
- Tipo de recobro (Debe ser siempre CTC)
- Tipo de Prestación
- Estado
- NIT IPS--
- Nombre IPS
- Factura IPS
- Regional Prestación
- Fecha Factura
- Valor Total de la factura IPS
- Subtotal Facturar IPS
- Iva Factura IPS
- Tipo de soporte
- Tipo de recobro: CTC o TUTELAS

- Numero de solicitud--
- **Fecha de solicitud**
- **Numero de Acta CTC**
- **Fecha de acta CTC**
- **Tipo de documento del médico—**
- **Número de identificación**
- **Especialidad**
- **Registro médico**
- **Primer Nombre**
- **Segundo Nombre**
- **Primer apellido**
- **Segundo Apellido**
- **Código Diagnóstico—**
- **Descripción diagnóstico**
- **Periodicidad Recobro: Esta información se registra teniendo el acta de CTC si el servicio e periódico o único**

Datos del medicamento que se está recobrando

- Código del medicamento No POS
- Nombre del medicamento No POS
- Presentación
- Grupo Terapéutico.
- Código Invima
- Código CUM

- **Días de tratamiento**
- **Dosis**
- **Cantidad**
- Valor unitario del medicamento
- Valor facturado
- IVA
- Copago
- Código del medicamento Homólogo—
- Nombre del medicamento Homólogo
- Presentación
- Grupo Terapéutico.
- Código CUM
- Días de tratamiento
- Dosis
- Cantidad
- Valor unitario del medicamento Homologo
- **Fecha prestación del servicio: Para pacientes hospitalización la fecha de prestación será la del egreso del paciente**

Los ítems resaltados y en color café son los que el auxiliar de facturación deberá llenar manualmente

Cobro por Tutela: A continuación se especifican los campos que conforman el recobro de la cuenta:

- EPS

- Regional
- Tipo de documento del usuario
- Número de documento del usuario
- Primer Nombre
- Segundo Nombre
- Primer Apellido
- Segundo apellido
- Semana EPS: se registrara cero automáticamente
- Semana SGSSS: se registrara cero automáticamente
- Tipo de afiliado
- Nivel usuario
- Numero consecutivo del recobro: Se registrara automática el numero factura IPS
- **Numero de autorización: Dato capturado desde la admisión del paciente, de igual forma el sistema permitirá digitarlos**
- Tipo de recobro (Debe ser siempre CTC)
- Tipo de Prestación
- Estado
- NIT IPS--
- Nombre IPS
- Factura IPS
- Regional Prestación
- Fecha Factura
- Valor Total de la factura IPS

- Subtotal Facturar IPS
- Iva Factura IPS
- Tipo de soporte
- Tipo de recobro: CTC o TUTELAS
- Numero de solicitud--
- **Numero tutela**
- **Juzgado**
- **Fecha fallo de tutela**
- **Ciudad juzgado**
- **Número de identificación**
- **Especialidad**
- **Registro médico**
- **Primer Nombre**
- **Segundo Nombre**
- **Primer apellido**
- **Segundo Apellido**
- **Código Diagnóstico—**
- **Descripción diagnóstico**
- **Periodicidad Recobro: único**

Datos del medicamento que se está recobrando

- Código del medicamento No POS—
- Nombre del medicamento No POS

- Presentación
- Grupo Terapéutico.
- Código Invima
- Código CUM
- **Días de tratamiento**
- **Dosis**
- **Cantidad**
- Valor unitario del medicamento
- Valor facturado
- IVA
- Copago
- Código del medicamento Homólogo
- Nombre del medicamento Homólogo
- Presentación
- Grupo Terapéutico.
- Código CUM
- Días de tratamiento
- Dosis
- Cantidad
- Valor unitario del medicamento Homologo
- **Fecha prestación del servicio: Para pacientes hospitalización la fecha de prestación será la del egreso del paciente**

Una vez diligenciada la información de cada cuenta del envío el sistema le permitirá generar los archivos planos, así

Ilustración 40 - Pestaña Generación de Planos

Generacion Archivos Planos			
Fecha inicio		Fecha Fin	
Numero Envio		Ente Territorial	
Tipo cuenta	Identificar CTC o Tutela		
Selección	Numero Envio	Ente Territorial	EPS
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
Guardar			

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

Validaciones del sistema para la generación de los planos:

- Que se encuentre diligenciada la información requerida en los planos de acuerdo al listado anterior
- Que la cantidad de cuentas del txt. Del detallado sea igual al txt. Del encabezado

El aplicativo permitirá generar los planos de más de un envío al tiempo, los mismos se generan en .ZIP y se enrutaran a un ftp o carpeta compartida, así

- El .Zip estará nombrado con el número del envío generado
- Cada .Zip contendrá un txt Detalle y un txt.Encabezado o resumen

6.2.2.2.7 ParteB. Alistamiento Envío.

Ahora por el aplicativo debe generar los siguientes formatos para el alistamiento de las cuentas físicos y posterior embalaje:

- Generación de MYT01_02, formato que debe generarse por cada factura para ser anexado a cada cuenta – Ver anexo 5

- Generación MYT_R formato que se genera por envío – Ver anexo 6
- Generación Anexo1 formato que se genera por envío _ Ver anexo 7

Ilustración 41 – Funcionalidad Generación formatos

Modulo generacion formatos	
Formatos MYT01_02	Digitar numero de envio
Formato MYT_R	Digitar numero de envio
ANEXO 1	Digitar numero de envio

Fuente Elaboración de los Autores (2017)

6.2.2.2.8 Parte C. Generación informes y Reportes

La herramienta contara con un módulo para la generación de reportes e informes los cuales se establecerán con el cliente desde su necesidad específica, se proponen los siguientes informes:

- Informe de cuentas NO POS liquidadas sin facturar
- Informe de Registros de admisión por servicios NO POS sin liquidar
- Informe Facturas servicios NO POS sin radicar
- Informe Facturas EPS producto de servicios NO POS sin radicar ante la EPS

6.2.2.3 Salida.

Servicios NO POS Liquidados y Facturados de acuerdo a lo dispuesto en la resolución 1479 del 2015

Formatos exigidos por los Entes territoriales para la radicación de las cuentas por servicios NO POS

Archivos planos exigidos por los Entes territoriales para la radicación de las cuentas por servicios NO POS

Informes de seguimiento y control

6.3 Requerimientos de Aplicación

6.3.1 Costo Personal proyecto.

La contratación para la ejecución del proyecto se realizara por prestación de servicios toda vez que es la modalidad de contratación que emplean las entidades del estado.

Tabla 1 - Costos personal del proyecto

PERSONAL PROYECTO				
Cargos Personal	Cantidad	Salarios	Valor prestacion	Valor total
Gerente de Proyecto	1	4	4.500.000	18.000.000
Ingenieros de sistemas	1	4	3.000.000	12.000.000
Ingeniero de proceso	1	4	3.000.000	12.000.000
Programadores	3	4	2.200.000	26.400.000
Auxiliar documentacion	1	1	1.500.000	1.500.000
Total costo Personal proyecto				69.900.000

Fuente: Elaboración de los autores -2017

6.3.2 Estimación Costos de ejecución.

Para los costos de ejecución se tuvo en consideración que el desarrollo de la herramienta se realice en la sede del hospital de Kenedy.

Tabla 2 - Estimación Analógica de costos

ESTIMACIÓN ANALÓGICA DE COSTOS					
DETALLE GASTO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO MES	TIEMPO	COSTO TOTAL
Costo Personal proyecto	Mes	4	\$ 18.600.000	4	\$ 74.400.000
Dotación Locaciones. Escritorios - Telefono - sillas)	Un	7	\$ 500.000	1	\$ 3.500.000
Alquiler Equipos de computo	Un	7	\$ 150.000	4	\$ 4.200.000
Compra Licencias Sql Server 2016	Un	10	\$ 11.823.508	12	\$ 11.823.508
Papeleria Oficinas.	Mes	1	\$ 85.000	4	\$ 85.000
Gastos e imprevistos.	Mes	1	\$ 4.000.000	4	\$ 4.000.000
TOTAL GASTOS PROYECTO					\$ 98.008.508

Fuente: Elaboración de los autores -2017

6.4 CONCLUSIONES

Se elaboró una propuesta para el diseño de una herramienta conforme a la facturación de los servicios NO POS de las IPS del régimen subsidiado a entes territoriales, en cumplimiento con lo dispuesto en la resolución 1479 del 2015.

Según el análisis, se identificaron los criterios definidos en la norma para la presentación del cobro ante dichos entes, por lo cual se diseñó el mapa del proceso paso a paso de acuerdo a la prestación del servicio NO POS.

El elaboro el flujograma del proceso identificando por separado el proceso cuando el ingreso y la prestación se da como resultado de una atención ambulatoria y cuando este se da desde una atención de urgencias u hospitalización.

A partir de la entrevista se identifica que a pesar de llevar la norma 2 años de haber sido sancionada, aun las IPS no cuentan con conocimientos sólidos respecto al procedimiento de cobro de los Servicios NO POS y tampoco cuentan con desarrollos tecnológicos que faciliten y optimicen el procedimiento.

El estandarizar el procedimiento de cobro a los entes territoriales permitirá realizar procesos de evaluación en la aplicación de la norma, permitiendo esta actividad generar estrategias para la mejora continua y el levantamiento de información estadística que permitirá al gobierno evaluar la efectividad de la norma .

Se identifico que es preciso para las entidades prestadoras de servicios de salud conseguir asesoría especializada para que la aplicación de la norma sea exitosa y así evitar que por el desconocimiento que hoy se tiene, el sistema al contrario de fortalecerse continúe rumbo al colapso.

Para que el proceso fluya como es debido es preciso que los diferentes clientes internos y externos se encuentren alienados y se generen excelentes canales de comunicación que permitan

la consecución de los documentos soportes de manera ágil y oportuna, por ello la relación IPS vrs EPS debe ser óptima, así como las relaciones entre auxiliares de admisión, auxiliares de liquidación, Analistas de calidad, auxiliares de facturación y servicio al cliente deben trabajar en sinergia total, con apoyo del equipo asistencial.

Lograr que la herramienta de cobro se encuentre integrada a los aplicativos y bases de datos de admisiones, liquidación, calidad y facturación es la clave para evitar reprocesos y lograr la efectividad del cobro, y la generación oportuna de informes para toma de decisiones y reportes a los entes de vigilancia y control.

7 Trabajos citados

ACEMI. (2012). Dos Decadas del sistema de seguridad social en salud: Desarrollo, Crisis y soluciones. *Tomandose la salud publica en serio* 21,22,23.

Asamblea Nacional Constituyente. (2002). *Constitucion Politica de la Republica de Colombia*. [Versión electrónica] Disponible en: http://pdba.georgetown.edu/Decen/Colombia/med_local_colombia01.html Recuperado el 08 de 01 de 2017. Pp.

Congreso de la Republica de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. [Versión electrónica] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248> Recuperado el 3 de 01 de 2017. Pp.

Direccion de Financiamiento Sectorial. (2016). *Fuentes de Financiacion y usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS*. [Versión electrónica] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf> Recuperado el 05 de 12 de 2016. Pp.

Duany Dangel, A. (2010). Elementos de un sistema de informacion. [Versión electrónica] Disponible en: <http://www.econlink.com.ar/sistemas-informacion/elementos> Recuperado el 01 de 06 de 2016. Pp.

Londoño Juan Luis, F. J. (2002). Pluralismo estructurado: *Hacia un modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en America Latina*. [Versión electrónica] Disponible en: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf>, Recuperado el 02 de 11 de 2016. Pp.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Sistema Unico de Habilitación*. [Versión electrónica] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx> Recuperado el 08 de 01 de 2016. Pp.

MINSALUD. (2015). Resolución 1479 de 2015 *Procedimiento para el cobro y pago Tecnologías sin cobertura en el POS - Régimen Subsidiado*. [Versión electrónica] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/presentacion-resolucion-1479-de-2015.pdf> Recuperado el 31 de 05 de 2016. Pp.

Morales, L. (24 de 09 de 2012). *Elementos de los sistemas de Información*. [Versión electrónica] Disponible en: <https://luismoralesportafolio.wordpress.com/2012/09/24/sistemas-de-informacion/> Recuperado el 01 de 06 de 2016. Pp.

Núñez Jairo, Z. J. (2012). La sostenibilidad financiera Del sistema de Salud Colombiano. . [Versión electrónica] Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf> Recuperado el 01 de 06 de 2016. Pp.

Rivera Guerra, C. P. (2015). Las Entidades Territoriales de Colombia. [Versión electrónica] Disponible en: <http://www.ielapresentacion.edu.co/wp-content/uploads/2015/10/guia-5-del-grado-tercero-ENTIDADES-TERRITORIALES.pdf> Recuperado el 08 de 01 de 2017. Pp.

Saludcapital. (s.f.). Régimen Subsidiado. [Versión electrónica] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx> Recuperado el 08 de 01 de 2017. Pp.

UNAD. (2013). Curso de Telesalud - *Lección 1.3 Concepto y Funcionalidades*. [Versión electrónica] Disponible en:

http://datateca.unad.edu.co/contenidos/15001/Telesalud/leccin_13_conceptos_y_funcionalidad_e.html Recuperado el 08 de 01 de 2017. Pp.

8 Bibliografía

MSPS. (2013). Resolucion 5395 de Diciembre del 2013 [Versión electrónica] Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205395%20de%202013.pdf

MSPS. (2016). Resolucion 3951 de Agosto del 2016 [Versión electrónica] Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203951%20de%202016.pdf

MSPS. (2016). Resolucion 55 de Agosto del 2016 [Versión electrónica] Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200055%20de%202016.pdf

MSPS. (2016). Resolucion 429 de Agosto del 2016 [Versión electrónica] Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

MSPS. (2016). Resolucion 1416 de Agosto del 2016 [Versión electrónica] Disponible en:

http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/Resolucion_1416_2016.pdf

MSPS. (2016). Resolucion 3804 de Agosto del 2016 [Versión electrónica] Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203804%20de%202016.pdf

Anexo 1 - Cuestionario Entrevista

1. ¿Conoce el marco normativo que les regula el cobro de las tecnologías NO POS al régimen subsidiado?
2. ¿Cómo es la financiación del Hospital de Kennedy o mejor de donde vienen los recursos?
3. Ya miramos las normas de los servicios y las tecnologías NO POS, los PRO y los contras, pero, no me ha dicho cosas positivas
4. En estos momentos estamos realizando la propuesta de una herramienta que permita el cobro de los servicios NO POS del régimen subsidiado de acuerdo a lo dispuesto en la resolución 1479 del 2015, considera usted en este momento sería útil en el medio?
5. Considera que se cumplirá el objeto de la norma en cuanto a mejorar la eficiencia del cobro de los servicios NO POS?
6. Precisamente eso es lo que busca la norma por la crisis del sector salud, es necesario hacer más eficientes los recursos. En la medida en que la IPS cobre directamente al ente territorial, teniendo en cuenta que la EPS ya no tiene que pagar a las IPS por la prestación de estos servicios, se disminuirán los tiempos de radicación en cuanto a que la EPS hacia la auditoria para luego hacer el cobro ante el ente territorial,
7. Que positivo le ve a que la IPS le cobre directamente al ente y no allá la intermediación de la EPS, toda vez que la EPS ya no es la responsable del pago, sino directamente el ente Territorial?
8. Pero ante lo que ya está establecido, que es el ente territorial, el que va a pagar ya no es la EPS porque el NO POS no le compete a la EPS, y como usted dice es la administradora, pero la administradora de recursos del POS
9. ¿Cómo es el sistema de facturación del hospital? ¿Cómo funciona?

10. Que tan eficiente es la facturación, es decir hoy se presta el servicio, mañana ya estamos facturando, en una semana, en dos semanas?
11. ¿La liquidación si se hace inmediata
12. Le entiendo que todas las dificultades las tiene cuando ya la liquidación la van a facturar
13. Allí solo manejan tarifario SOAT o manejan ambos manuales tarifarios?
14. Como es el paso a paso para la facturación de los servicios NO POS, desde el inicio de la prestación del servicio
15. Al Hospital no le llegan algunos servicios para prestar como cirugías?
16. Sí, entiendo aquí no es la principal entrada en el caso del hospital, se debe realizar el paso a paso cuando el servicio NO POS se derive de una atención de urgencias u Hospitalización
17. El proceso de liquidación desde donde va en el hospital?
18. ¿La misma persona que liquida, factura?
19. ¿No tiene una persona que liquida y una persona que factura?
20. El proyecto le apunta a la calidad en la facturación y del alistamiento, o sea de la operación administrativa, de la operación entre la liquidación y la facturación, y la radicación para asegurar que los requisitos normativos, se cumplan
21. ¿Qué nivel de glosa tiene, cuando van a hacer la recuperación del NO POS?
22. sea, tiene una devolución del 40% y glosa 18% final,
23. ¿Cuántos pacientes, en porcentaje la población del subsidiado Vrs el contributivo que atiende el hospital de Kennedy?
24. ¿Cómo está conformado el equipo de facturación del hospital? Es decir, cuantas personas?
25. ¿El de autorizaciones que hace?

26. Ok, ingresa un paciente por urgencias, listo la autorización para la urgencia, se prestó un servicio NO POS, ellos son los que hacen la gestión del CTC y demás, o eso se hace en liquidación, cuando ya se identifica?

27. ¿Eso que él solicita quien lo tramita?

Anexo 2 - Formato MYT01



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la protección Social

Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS-CTC
MYT-01

I. Datos del Recobro	
No. Consecutivo para radicaciones de entidad reclamante:	
No. Consecutivo recobro:	2345697
Tipo Radicación:	Nueva: <input type="checkbox"/> Reingreso: <input checked="" type="checkbox"/>
Numero Radicación anterior MYT01:	44647767

II. Datos de	
Código SNS:	EPS016
Razón social:	COOMEVA EPS S.A.

V. Declaración de la entidad		
DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) de Acta(s) del CTC	1	1
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) ó Formula(s) Médica(s)	1	1
Soportes Integrales del Recobro	1	2
Totales	4	5

Datos de la solicitud en la que se anexó la copia del Acta o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta del CTC (Formato MYT-01)

III. Datos del afiliado	
Tipo de documento:	CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Número de documento de identidad: 29116595
Primer apellido:	LEMOS Segundo apellido: LEMOS Primer nombre: ADRIANA Segundo nombre: MARIA
Tipo de afiliación:	Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Nivel de cuota moderadora: A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E(excento) <input type="checkbox"/>

IV. Detalle del recobro																				
Item	No. Acta CTC / Prescripción	Fecha Acta CTC / Prescripción	Fecha Solicitud Médico	Período (S/N)	Período Suministro	No. Factura	Fecha Prestación de servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento, Servicio o prestación	Nombre Medicamento, Servicio o prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Costo Moderadora	Valor Recobro
1	201076031	22/04/2010	21/04/2010	5	27/05/2010-02	MACB-50143	27/05/2010	10/06/2010	E660	0	816001182	Audifarma s.a	00230167-03-0 A08AB01	Xenical capsulas 120 mg	MD	84	2.174,00	182.616,00	2.100,00	179.166,00
Total recobro \$																			179.166,00	

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS																			
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS										SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS									
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia	Dis. Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del similar	Frecuencia	Tiempo/Día	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total					
1	Xenical capsulas 120 mg	Caja por 84 capsulas en blister duplex (lámina de aluminio/pvc-pvdc)	2,80	30	84	2.174,00	182.616,00	19943745-01-0A06 AB02	Bisacodilo 5 mg tabletas con cubierta entérica (solic tableta rec d lib retard)	3,00	10	30	45,00	1.350,00					

Anexo 3 - Formato MYT_02



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la protección Social

Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS ordenados por fallos de tutelas
MYT-02

I. Datos del Recobro

No. Consecutivo para radicaciones de entidad reclamante:

No. Consecutivo recobro: **145674**

Tipo Radicación: Nueva: Reingreso:

Número Radicación anterior MYT02: **21601999**

II. Datos de la entidad

Código SNS: **EPS016**

Razón social:

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Fallo de Tutela	1	9
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Soportes integrales del Recobro	38	38
Totales	40	48

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: **CC** **TI** **RC** **CE** **PA** **AS** **MS** Número de documento de identidad: **34964155**

Primer apellido: **PEREZ** Segundo apellido: **CONTRERAS** Primer nombre: **BEATRIZ** Segundo nombre: **ONORIA**

Tipo de afiliación: Cotizante Beneficiario Subsidado Otro Nivel de cuota moderadora/copago: **A** **B** **C** E(exento) Nivel de cuota de recuperación: 1 2 3 E(exento)

Datos de la solicitud en la que se anexó la copia del Fallo Tutela o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Fallo Tutela (Formato MYT-02)


IV. Detalle del recobro

Item	No. Fallo	Fecha Fallo	Autentificación	Causa Tutela	Período (D/T)	Período Subsidado	No. Retorno	Fecha Prestación de Servicio	Fecha Retorno Retorno	Código Diagnóstico	% Seguro	SET Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento, Servicio o prestación	Nombre Medicamento, Servicio o prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Costo Medicamento/Cuota copago/seguro	Valor Recobro
1	168 2008	25/07/2008	Fiscal municipal	05	N	06/07/2008 -01	M 161570	06/07/2008	06/08/2008	2219	81	85901122	Clínica Montaña S. A.		Unidad de cuidado intensivo sala especial	OT	1	3.627.936,00	3.627.936,00	0,00	697.652,00
Total recobro \$																				697.652,00	


IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS								SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS						
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Día	Día Autorizado	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del similar	Frecuencia Día	Tiempo Día	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	Unidad de cuidado intensivo sala especial		0	0	1	3.627.936,00	3.627.936,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0,00

Anexo 4 - Ejemplo Formato MYT_R

 <p style="text-align: center;">REPUBLICA DE COLOMBIA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE COBROS MYT-R</p> <p>Nº CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE _____</p> <p>Fecha Radicación _____ No. Radicado </p>																											
I. DATOS DE LA ENTIDAD																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Tipo de Entidad</td> <td style="width: 20%;">EPS <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%;">ARS <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%;">EOC <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Razón Social</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td>Código:</td> <td>_____</td> <td>Nit</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td>Departamento</td> <td>_____</td> <td>Cod.</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Municipio</td> <td>_____</td> <td>Cod.</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Tipo de Entidad	EPS <input type="checkbox"/>	ARS <input checked="" type="checkbox"/>	EOC <input type="checkbox"/>	Razón Social	_____			Código:	_____	Nit	_____	Dirección:	_____			Departamento	_____	Cod.	_____	Municipio	_____	Cod.	_____			
Tipo de Entidad	EPS <input type="checkbox"/>	ARS <input checked="" type="checkbox"/>	EOC <input type="checkbox"/>																								
Razón Social	_____																										
Código:	_____	Nit	_____																								
Dirección:	_____																										
Departamento	_____	Cod.	_____																								
Municipio	_____	Cod.	_____																								
II. CONSOLIDADO POR CAUSA																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Causa Cobro</th> <th style="width: 20%;">No. de Cobros</th> <th style="width: 40%;">Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 Tutelas por periodos de carencia</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>02 Tutelas por servicios No POS</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>03 Tutelas por Medicamentos No POS</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>04 Tutelas por servicios en el exterior</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>05 Tutelas por otras causas</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>06 Medicamentos No POS - CTC</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>07 Tutelas por tratamiento integral</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TOTALES</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">\$ 0,00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nº Total de Folios Anexos 0</p>	Causa Cobro	No. de Cobros	Valor	01 Tutelas por periodos de carencia	0	\$ 0,00	02 Tutelas por servicios No POS	0	\$ 0,00	03 Tutelas por Medicamentos No POS	0	\$ 0,00	04 Tutelas por servicios en el exterior	0	\$ 0,00	05 Tutelas por otras causas	0	\$ 0,00	06 Medicamentos No POS - CTC	0	\$ 0,00	07 Tutelas por tratamiento integral	0	\$ 0,00	TOTALES	0	\$ 0,00
Causa Cobro	No. de Cobros	Valor																									
01 Tutelas por periodos de carencia	0	\$ 0,00																									
02 Tutelas por servicios No POS	0	\$ 0,00																									
03 Tutelas por Medicamentos No POS	0	\$ 0,00																									
04 Tutelas por servicios en el exterior	0	\$ 0,00																									
05 Tutelas por otras causas	0	\$ 0,00																									
06 Medicamentos No POS - CTC	0	\$ 0,00																									
07 Tutelas por tratamiento integral	0	\$ 0,00																									
TOTALES	0	\$ 0,00																									
III. DECLARACIÓN DE LA ENTIDAD																											
<p>Como Representante Legal declaro bajo la gravedad de juramento:</p>																											
<p>1) Que toda la información contenida en estos cobros se ajusta al marco legal vigente, es cierta y podrá ser verificada por el Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA-, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República; de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.</p>																											
<p>2) Que los cobros incluidos en esta Radicación, no han sido presentados con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas cobradas.</p>																											
<p>3) En cumplimiento del marco legal vigente, si dentro del término establecido no se completan o actualizan los documentos DESISTO del trámite y autorizo el descuento automático del 50% del valor liquidado y pagado por los cobros con APROBACIÓN CONDICIONADA de futuros pagos por concepto de Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud No Pos y Tutelas.</p>																											
<p>4) La información del medio magnético correspondiente al Anexo 1 es la siguiente:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">a. Nombre archivo</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;">DDMMAAAA</td> </tr> <tr> <td>b. Tamaño del archivo</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">M B</td> </tr> <tr> <td>c. Serial del medio magnético</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	a. Nombre archivo		DDMMAAAA	b. Tamaño del archivo		M B	c. Serial del medio magnético																				
a. Nombre archivo		DDMMAAAA																									
b. Tamaño del archivo		M B																									
c. Serial del medio magnético																											
<p>Nombre de quien firma:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">DATOS REPRESENTANTE LEGAL</p>																											

Anexo 5 . Ejemplo Formato Anexo 1

	REPUBLICA DE COLOMBIA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE COBRO MYT-R - ANEXO N° 1
N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE	

RELACIÓN DE SOLICITUDES DE COBRO										
N° ITEM	N° COBRO	DATOS DEL PACIENTE				IDENTIFICACIÓN		REGIMEN	CAUSA COBRO	VALOR COBRO
		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO	NUMERO			
1										
									VALOR TOTAL:	\$ 0,00

Causa Cobro

01 = Tutela por Períodos de Carencia
 04 = Tutela por servicios en el exterior
 07 = Tutela por Tratamiento Integral

02 = Tutela por servicios No POS
 05 = Tutela por otras causas

03 = Tutela por Medicamentos No POS
 06 = Medicamentos, Servicios Médicos

REGIMEN: 1 = Contributivo 2 = Subsidiado 3 = Otro

DATOS REPRESENTANTE LEGAL