



Inicios en la facturación en Salud en Colombia.



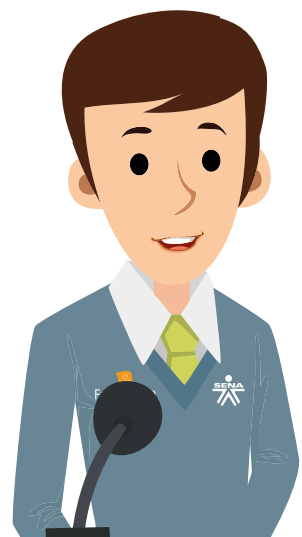


Tabla de contenido

Introducción.....	3
Mapa conceptual.....	4
Normatividad.....	5
La factura.....	6
Tipos de usuarios y Planes de beneficios.....	7
Soportes físicos y digitales.....	10
Manuales tarifarios.....	13
Glosario.....	14
Bibliografía.....	16
Creativecommons.....	17
Créditos.....	18



Inicios en la facturación en Salud en Colombia.

Introducción

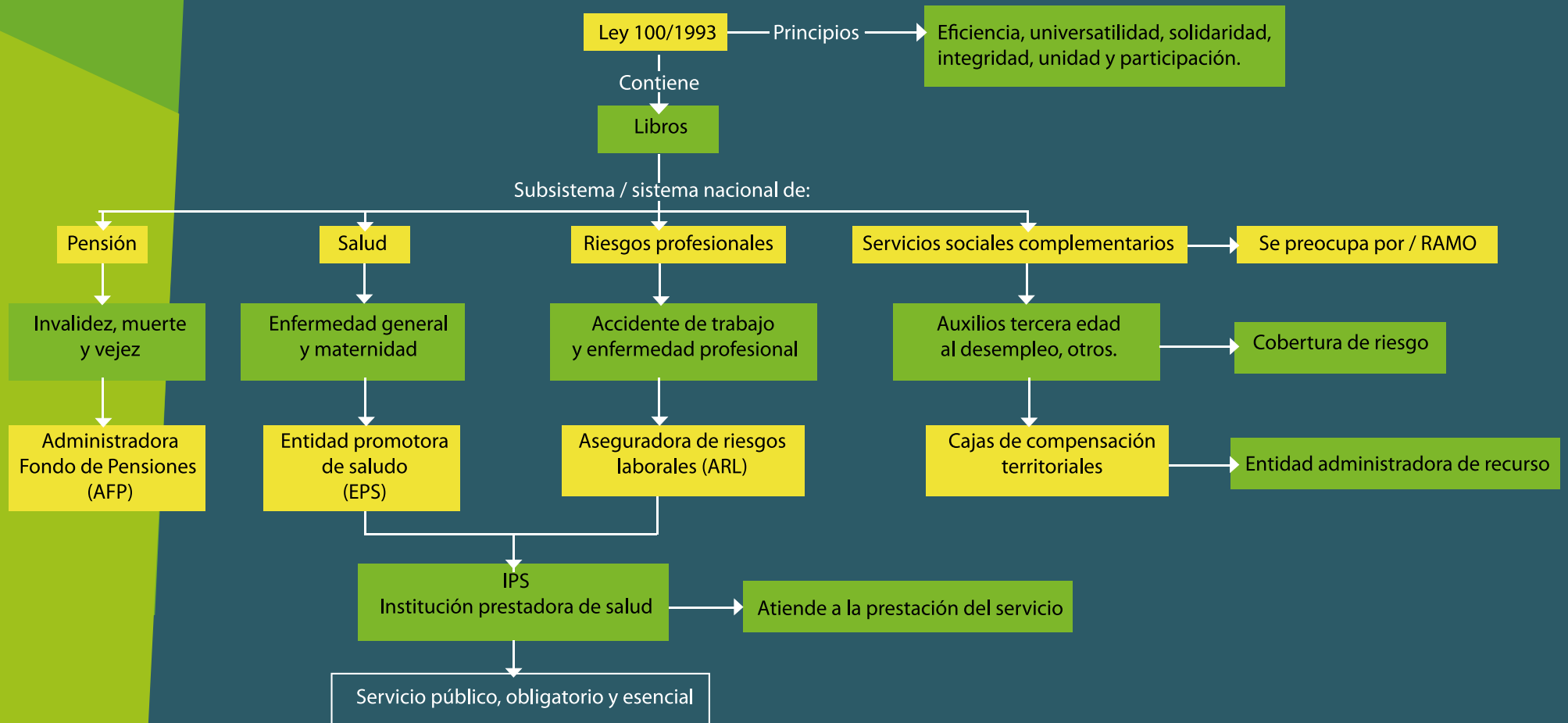
Una vez creada la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se da especial relevancia a la operatividad y puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto a cobertura y garantía en la prestación universal del servicio a todos los colombianos.

En esta oportunidad marca la atención el proceso de facturación de dichos servicios de salud que son prestados por las IPS (Instituciones Prestadoras del Servicios de Salud) y administrados los recursos por las EPS (Entidades Prestadoras de Salud).

El propósito de esta unidad es conocer la normatividad vigente relacionada con la facturación en la prestación del servicio de salud, reconocer los tipos de usuarios del sistema, los planes de atención, los manuales tarifarios, los documentos asociados y sus soportes.



Mapa Conceptual



(Fuente: SENA (2017))

1. Normatividad.

Existe normatividad que ofrece la descripción de cómo facturar los servicios de salud de una manera eficaz y eficiente donde se cumpla con los términos establecidos para la recuperación del dinero y que sea redistributivo, el flujo de caja de las Instituciones Prestadoras de los Servicios de salud para así cubrir las atenciones requeridas en el tiempo establecido con calidad y humanización en el servicio de salud.

Todo inicia en el año 1993 con la creación de la Ley 100 (Ver mapa conceptual) donde se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud entre otros sistemas y complementarios. De ahí surgen hasta hoy una serie de normas que lo único que han tratado es regular dicho sistema en cuanto a cobertura, accesibilidad y proceso al interior de sus actores (EPS, IPS, FOSYGA, entidades encargadas del pago).

Como normatividad relevante se señala:

Con el Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social regula algunos aspectos de las relaciones entre

los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

El Congreso de Colombia el 9 de enero de 2007 regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, en cuanto a las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes Contributivo y Subsidiado con la modalidad contractual que se adopte y su trámite en el caso de formulación de glosas.

La Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social, establece los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

La Resolución 4331 de 2012 y su anexo técnico del Ministerio de la Protección Social por su parte adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009.

Luego en 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social señala mediante la Resolución 1479 de 2015 el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado.

En el año 2016 se crea la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y se incluyen los anexos técnicos.

Nuevamente el Ministerio de Salud y Protección Social expide para implementación en el SGSSS la Resolución 1132 de 2017 a través de la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 reformada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS (Código Único de Procedimientos en Salud)

Para terminar en mayo de 2017 la Resolución 1687 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social sustituye el Anexo 2

“Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.

En las áreas de Facturación se debe contar con una lista de chequeo que garantice la verificación de los soportes y con un convenio previamente establecido según las tarifas pactadas entre las entidades responsables de pago y los prestadores de los servicios de salud (Acuerdo de voluntades) .

En su totalidad, tanto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como las Entidades Promotoras de Salud cuentan con sistemas operativos de confianza adaptados a las necesidades de cada uno.

Es función del facturador operar el sistema con ética y prontitud según los planes de beneficios, los niveles de atención, las tarifas pactadas, los manuales establecidos y las cuotas moderadoras, recuperación o copagos que rigen según la fecha que esté efectuando la factura de prestación de servicio.

Se hace especial énfasis en la resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social y sus modifi-

caciones. Establece la forma en que en el transcurso del modelo se desarrolla la norma desde casos prácticos.

A continuación se detalla el articulado de la norma así:

El FOSYGA es el Fondo de Solidaridad y Garantía. Explicado de una forma clara el aporte en dinero de todos los colombianos al Sistema de Seguridad Social en Salud llega al través del Banco (Cualquier entidad) a este fondo que tiene subcuentas y administra todo el recurso financiero. A su vez las Entidades Promotoras de Salud EPS reportan a través de un mecanismo llamado compensación los usuarios discriminados por edad, sexo y lugar de residencia y el fondo a su vez gira recursos según la Unidad de Pago por Capitación UPC.

Entendiéndose esta como el valor que el sistema reconoce por cada afiliado (sea cotizante o beneficiario), por la organización y garantía de la prestación de los servicios y tecnologías en salud contenidos en el Plan de beneficios en salud, sin distinción o segmentación por niveles de complejidad de atenciones, tecnologías específicas o EPS, tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contrata-

ción de servicios que existan. Se puede analizar la tabla respectiva en la Resolución 6411 de 2016.

De allí los términos técnicos como el de Ingreso base de cotización que corresponde al valor reportado a la EPS por la empresa encargada del aporte y según este valor y sus topes se cobran las cuotas moderadoras o copagos. Leer material complementario cuota moderadora y copago 2017.

2. La Factura.

Las facturas de prestación del servicio son notas preformadas equivalentes en dinero para el cobro de la prestación del servicio a las entidades responsables del pago, puede ser la EPS, los entes Territoriales, el Fosyga (Fondo de Solidaridad y garantía) y los particulares entre otros.

Para el Sistema General de Seguridad Social en salud la norma que rige es la Resolución 3047 de 2008 con todas sus modificaciones, será bitácora primordial para cada facturador.

Este documento, la factura, debe contener junto a sus soportes entre otros los siguientes datos:

- Logo de la empresa e identificación tributaria.
- Resolución de aprobación para expedir facturas.
- Fecha.
- Valor en letras y números.
- Nombre del prestador del servicio (Dirección y teléfono de contacto). Descripción del servicio.
- Identificación del usuario a quien se le prestó el servicio.(Dirección y teléfono de contacto).
- Firma de quien recibió el servicio.
- Anexos que comprueben atención.

El área correspondiente a la facturación debe tener especial cuidado en el alistamiento de la factura y sus soportes puesto que cualquier error compromete el recurso económico de la institución. Si el facturador alerta oportunamente sobre cualquier error o inconsistencia garantiza el flujo de efectivo para la operatividad del sistema.

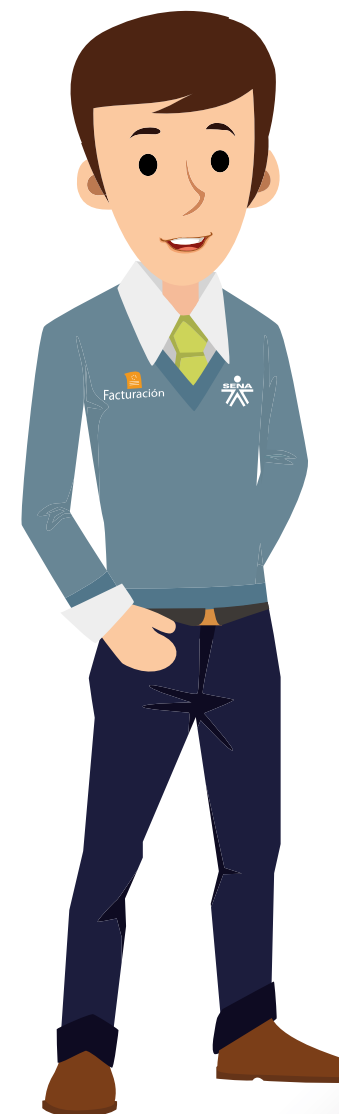
3. Tipos de usuarios y Planes de beneficios.

Los tipos de usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud se han venido ampliando desde la creación de la Ley 100 de 1993, con el fin de garantizar la cobertura a todos los habitantes del país.

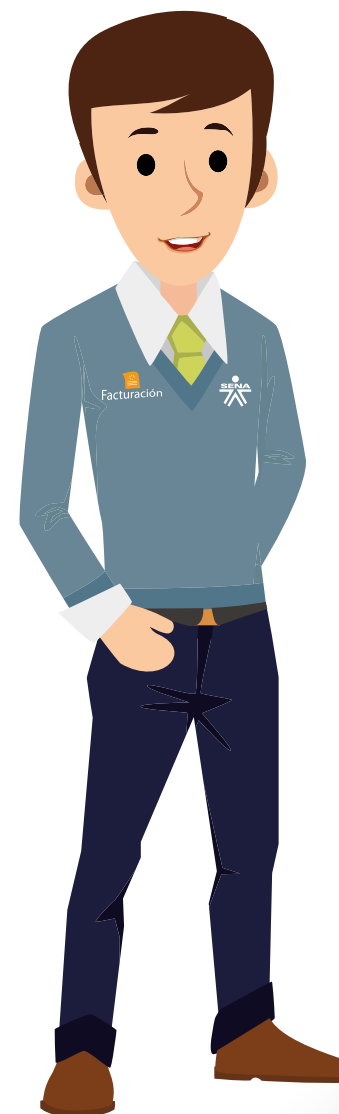
Tabla 1: Tipos de usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la creación de la Ley 100 de 1993.

Siempre consultar con su EPS- Condiciones de la normatividad vigente. Según sea el caso:	Parentesco	Documento a presentar para acreditar afiliación ante la entidad promotora de salud.
Siempre	Cotizante	Fotocopia del documento de identidad.
Si están casados	Cónyuge	Fotocopia del documento de identidad.
		Registro civil de matrimonio.
En unión marital de hecho o unión libre	Compañero	Fotocopia del documento de identidad.
		Declaración juramentada de convivencia vigente (No ante notario). No mayor a seis meses.
Si existen (Los míos, los tuyos y los nuestros) incluye adoptivos con documento legal.	Hijos entre 0 y 6 años y 364 días	Fotocopia del documento de Identidad (Registro civil).

Si existen (Los míos, los tuyos y los nuestros) incluye adoptivos con documento legal.	Hijos entre 7 y 17 y 364 días	Fotocopia del documento de identidad (Tarjeta de identidad).
		Registro civil para demostrar parentesco.
Si existen (Los míos, los tuyos y los nuestros) incluye adoptivos con documento legal.	Hijo 18 a 25	Fotocopia del documento de Identidad (extranjeros cedula extranjera).
		Declaración juramentada de dependencia económica y condición de estudiante. (No ante notario).
		Registro civil para demostrar parentesco.



Si existen (Los míos, los tuyos y los nuestros)	Hijo incapacidad permanente.	Fotocopia del documento de identidad.
		Certificado de incapacidad permanente avalado por médico de la EPS.
		Registro civil como prueba de parentesco.
En el caso de ser el afiliado soltero o de hacer pago adicional de UPC.	Padres.	Fotocopia del documento de identidad.
		Registros civiles que se requieran para demostrar parentesco.



Caso de cobertura especial- Consultar condiciones	Otros hasta tercer grado de consanguinidad. (Abuelos, bisabuelos, tíos, hermanos, sobrinos, nietos, bisnietos).	Fotocopia del documento de Identidad.
		Registros civiles que se requieran para demostrar parentesco.
		Recibo de pago de UPC (planilla de autoliquidación).
Caso de cobertura especial - Consultar condiciones.	Nietos que dependan económicamente del abuelo.	Registro civil para demostrar parentesco.

Fuente: Ley 100 (1993)



La Resolución 5592 de 2015 del Ministerio de la Protección Social actualizó integralmente el Plan de beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, esto quiere decir que el Estado Colombiano reconoce a las Entidades Promotoras de Salud un valor económico por cada persona afiliada según su ubicación geográfica, edad y sexo para ser administradas por las mismas. Y que los servicios prestados por las Instituciones prestadoras de servicios de salud se deben regir por dichos servicios autorizados por el Plan de beneficios para ser cobrados a las administradoras.

4. Soportes físicos y digitales.

El acuerdo de voluntades parametrizado en cada entidad facturadora establece los soportes sean físicos o digitales según el caso, sin dejar de lado lo estipulado en la Resolución 3047 de 2008 y sus adiciones o modificaciones.

Existe el MAPIPOS Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Resolución 5261 de 1994 donde se nos muestra céfalo-caudalmente (de la cabeza a los pies) las actividades, intervenciones y procedimientos según el plan de beneficios de una manera organizada y clasificada por nivel de atención en el Plan de Beneficios del Sistema.

Tabla 2: Niveles de atención en salud en Colombia



Nivel de complejidad	Incluyen
1º. Nivel	<p>Atención ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consulta médica general. ✓ Atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias. ✓ Atención odontológica. ✓ Laboratorio clínico. ✓ Radiología ✓ Medicamentos esenciales ✓ Citología. ✓ Acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control. ✓ Atención quirúrgica. <p>Servicios con internación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención obstétrica. ✓ Atención no quirúrgica u obstétrica. ✓ Laboratorio clínico. ✓ Radiología. ✓ Medicamentos esenciales. ✓ Valoración diagnóstica y manejo médico. ✓ Atención quirúrgica.

2º. Nivel	Atención ambulatoria especializada: Se define como la atención médica, no quirúrgica, no procedimental, no intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Tendrá el mismo carácter técnico – administrativo para los niveles II y III de complejidad atención; junto con lo del primer nivel y más especializados.
3º. Nivel	Condiciones de acceso a los servicios: La utilización de servicios incluidos en este nivel requerirá la aprobación previa de la entidad promotora de salud, quien podrá utilizar para ello comités médicos científicos quienes deberán ceñirse a las guías de atención integral; junto con lo del primer nivel y más especializados.
4º. Nivel	<p>Patologías de tipo catastrófico: Son patologías catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, bajo ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguientes procesamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasplante renal. ▪ Diálisis. ▪ Neurocirugía, sistema nervioso. ▪ Cirugía cardíaca. ▪ Reemplazos articulares. ▪ Manejo del gran quemado. ▪ Manejo del trauma mayor. ▪ Manejo de pacientes infectados por (VIH). ▪ Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. ▪ Manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos. ▪ Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas.

Fuente: Adaptada de es.scribd (1994)



6. Manuales tarifarios.

Existe el Manual Tarifario ISS (Acuerdo 256 de 2001 y Acuerdo 312 de 2004) y el Manual Tarifario SOAT (Decreto 2423 de 1996) como referentes para el cobro de atenciones en la prestación del servicio de salud en Colombia sin dejar de lado que los contratos que cubren las operaciones comerciales de prestación del servicio pueden variar según negociaciones establecidas por las partes contratantes, hay modalidades de contratación que en la medida de avance de nuestro módulo se irán mencionando.

El Manual Tarifario ISS se maneja con valor de UVR (Unidad de Valor Relativo) según puntos establecidos y se pueden pactar porcentajes de más o menos puntos de valor para cada cobro; mientras el tarifario SOAT tiene una tarifa establecida anual y se actualiza en enero de cada año según el aumento del salario mínimo legal vigente para el país.



Glosario

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas,

e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto integral de

atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

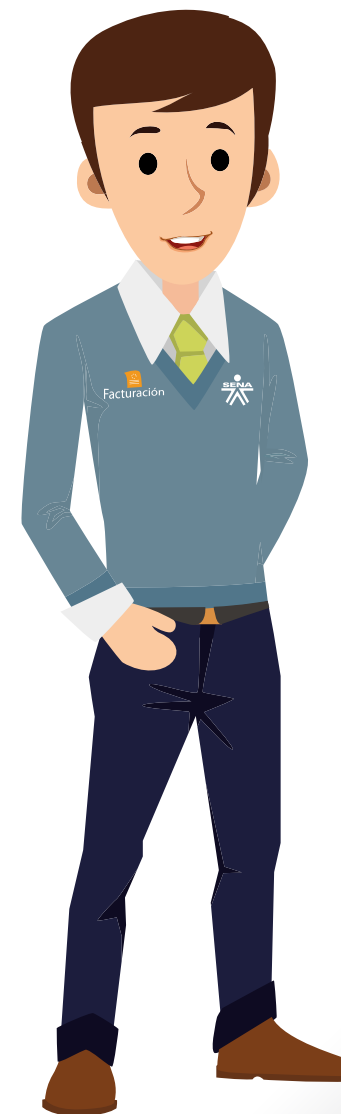
Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera

organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución.





Bibliografía

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud*. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/.../ley-1122-de-2007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo*. Recuperado de: www.ins.gov.co/normatividad/Decretos/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Agosto de 2008) *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007*. Recuperado de: www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf

Ministerio de la Protección Social. (19 de diciembre de 2012) *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009*. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../RIDE/.../Resolucion-4331-de-2012.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2015) *Procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado*. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/...Nuevo/Resolución%201479%20del%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016). *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Incluye los anexos técnicos*. Recuperado de: www.documentos/prensa/resolución%206408%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (11 de abril de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS*. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../RIDE/DE/.../resolucion-1132-de-2017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (22 de mayo de 2017) *Por la cual se sustituye el Anexo 2 “Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de: www.scare.org.co/.../73-nuevo-listado-de-procedimientos-con-cargo-a-la-upc.pdf





Creative
Commons



ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, COMPARTIR IGUAL

Este material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.





Créditos

PROGRAMA	Facturación de los Servicios de Salud
NOMBRE DEL OBJETO	Inicios en la facturación en Salud en Colombia.
EXPERTO TEMÁTICO	Claudia Patricia Velásquez Orozco
DISEÑADORA GRÁFICA	Zulma Rocio Bravo Jimenez William Francisco Castiblanco Sierra
PROGRAMADORA	Zulma Milena Patiño Cárdenas
Y PRODUCTOR DE MEDIOS AUDIOVISUALES	Héctor Salinas Castellanos
ASESORA PEDAGÓGICA	Yuri Alexandra Báez Roldan
LÍDER DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN	Zulma Yurany Vianchá Rodríguez



Introducción a la Facturación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.





Tabla de contenido

Introducción.....	3
Mapa conceptual.....	4
Acuerdo de voluntades Normatividad.....	5
Responsables de pago.....	7
Triage.....	7
RIPS Registro individual de prestación en salud.....	9
Historia clínica y custodia de la información.....	10
Glosario.....	11
Bibliografía.....	13
Creative commons.....	14
Créditos.....	15



Introducción a la Facturación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Introducción

Actualmente las entidades prestadoras de los servicios de salud en Colombia deben garantizar calidad de sus servicios a sus usuarios como lo establece la Ley 100 de 1993; para esto es importante mejorar continuamente sus procesos de contratación con base en las normas actuales que rige el decreto 4747 de 2007 que define criterios para los acuerdos de voluntades.



Sistema de seguridad en Colombia.
Marco normativo.

Ley 100 de 1993

Asigna recursos económicos

ADRES: Administradora de Recursos del Sistema
general de Seguridad Social en Salud

Cobran y pagan

Instrucciones prestadoras de servicios
de salud y responsables de pago

A través de:

Facturas y sus anexos

(Fuente: SENA (2017))

1. Acuerdo de Voluntades Normatividad

El Estado Colombiano cuenta con diferentes reglas que establece las garantías para la realización de contrato o acuerdo de voluntades entre instituciones prestadoras de salud (IPS) y Empresas Promotoras de Salud (EPS) permitiendo el aseguramiento a los usuarios y la prestación de los servicios en salud correspondiente a la cada red de servicios.

Como normatividad principal se cuenta:

Resolución 3374 de 2000, mediante la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

El Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social que regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

El Congreso de Colombia el 9 de enero de 2007, regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, cuanto atañe a las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes contributivo y subsidiado con la modalidad contractual que se adopte y el trámite en el caso de formulación de glosas.

En el año 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social señala mediante la Resolución 1479 de 2015 el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al régimen subsidiado.

En el año 2016 se crea la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y se incluyen los anexos técnicos. Igualmente se expide la Resolución 6411/2016 por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para la cobertura del plan de beneficios en salud de los regímenes contributivo y subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones.

Nuevamente el Ministerio de Salud y Protección Social emite para implementación en el SGSSS la Resolución 1132 de 2017 a través de la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS (Código Único de Procedimientos en Salud).

En mayo de 2017 a través de la Resolución 1687 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social sustituye el Anexo 2 “Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.

El facturador desarrolla las competencias para identificar los tipos de acuerdos, para así cobrar los servicios prestados ante las Entidades responsables, según el decreto 4747 de 2007 se tiene en cuenta diferentes tipos de acuerdos de voluntades.

La relación contractual entre los prestadores y aseguradores se modifica automáticamente, de acuerdo con la dinámica de la actividad regulatoria.

Los acuerdos de voluntades son realizados entre los representantes legales de las IPS y las EPS, y tiene que ver con la contratación de los servicios en salud, para este caso se contemplan varios aspectos, como pueden ser:

- Término de duración.
- El valor.
- Información de la población objeto.
- Servicios contratados.
- Mecanismos y forma pago.
- Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
- Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Periodicidad en la entrega de información RIPS.
- Periodicidad y forma de auditoria.
- Mecanismos de interventoría o seguimiento.
- Mecanismos para la solución de conflictos.
- Mecanismos y términos para la liquidación.

Sin embargo el facturador siempre debe tener en cuenta todos los criterios para poder aplicar dicha factura según cada acuerdo, ya que puede haber varias clases de contratos según las diferentes aseguradoras. Los aplicativos que utilizan los responsables de pago están parametrizados con los valores pactados y a cobrar.

Tipos de acuerdos de voluntades por modalidad de pago:

Pago por capitación:	Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
Pago por evento:	Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico:	Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

2. Responsables de pagos - EAPB Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Dentro de las EAPB se encuentran las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las asociaciones mutuales en sus actividades de salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad.

3. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “Triage”.

Imagen 1: Clasificación del Triage

Modelo de valoración inicial urgencias **TRIAGE**

Señor usuario, por favor tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para el servicio de urgencias

TRIAGE I Reanimación	TRIAGE II Emergencia	TRIAGE III Urgencia	PRIORIDAD IV No Urgencia	PRIORIDAD V No Urgencia
Cordinación de salud extrema que amenaza la vida del paciente. Requiere una interacción médica inmediata	Situación de alto riesgo que representa potencial amenaza de su estado de salud. Debe recibir una atención médica rápida.	Condición aguda, no amenazante de la vida. Requiere consulta médica no inmediata.	Condición de salud que puede ser aguda, pero no compromete el estado general del paciente y no representa un riesgo evidente.	Condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general del paciente. No representa un riesgo evidente para la vida.
ATENCIÓN: Inmediata. 1	ATENCIÓN: Dentro de los siguientes 30 minutos 2	ATENCIÓN: Hasta 2 Horas 3	ATENCIÓN: De 2 Hasta 4 Horas 4	ATENCIÓN: Cita por consulta extrema. 5

Fuente: hospitalusaquen (2016)

El Ministerio de la Protección Social definió un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado “Triage”, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias.

El facturador tendrá que verificar y tener en cuenta algunos de los siguientes procedimientos, mediante diferentes medios teléfono, internet, bases de datos.

- **Verificación de derechos de los usuarios.** La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio

del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud. Se debe presentar, el documento de identificación del usuario (Registro civil, Tarjeta de Identidad, Cédula de ciudadanía, entre otros). Se debe digitar en la base de datos provista por los responsables del pago, o comprobador de derechos ADRES, Secretaría de Salud. Este procedimiento lo podrá hacer a través del documento de identidad. No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, “Triage” y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias

- El Informe de la atención inicial de urgencias. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del anexo No 2 de la resolución 3047 de 2008.

- Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios establecidos en el anexo 4 de la resolución 3047 de 2008. La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

- a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
- b. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

- Proceso de referencia y contrarreferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la

disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones. Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora.

Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual

deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

4. Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud. RIPS.

Por su parte los RIPS, Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud, tal como quedó establecido en la Resolución 3374 de 2000 modificada por la Resolución 951 de 2002, “fija algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS”. Y la Resolución 1531 de 2014, “por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su ámbito de aplicación:

En síntesis: “Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio pro-

piamente dicho y del motivo que originó su prestación, diagnóstico y causa externa”. Tomado de la Resolución 3374 de 2000.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, está conformado por tres clases de datos:

- De identificación.
- Del servicio de salud propiamente dicho.
- Del motivo que originó su prestación.

Los datos de identificación son los de la entidad administradora del plan de beneficios, los del prestador del servicio y los de la transacción, reportados en una factura de venta de servicios.

Los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, son los relacionados con las consultas los procedimientos, el servicio de urgencia, de hospitalización y de medicamentos, las características de dichos datos y los valores para cada uno de ellos.

Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta, programada o de urgencia, médica general y especializada, odontológica general y especializada y las realizadas por otros profesionales de la salud.

Los datos de procedimientos son aplicables a todos ellos, trátase de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, de detección temprana o de protección específica.

Los datos de hospitalización son los generados cuando haya lugar a ella, cualquiera sea el motivo que la origine, e incluye las consultas, procedimientos y estancias.

La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados. Los datos correspondientes a la prestación individual de servicios de salud de urgencia, incluye las consultas, procedimientos y estancia en observación. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados. Los datos de recién nacidos corresponden individualmente a los de las condiciones y características al nacer de uno o más niños o niñas. Los datos de medicamentos están relacionados con la denominación y forma farmacológica de estos.

Los procesos informáticos para la generación y conservación de los RIPS son los siguientes:

Actualización: Consiste en el registro primario del dato, la modificación, la eli-

minación y el ingreso de estos a medios magnéticos o electrónicos.

Validación: Consiste en la verificación de los datos registrados, en términos de la correspondencia con la definición, estructura y características definidas en esta Resolución; la correspondencia con los valores y la referencia cruzada entre variables.

Organización: Consiste en el ordenamiento de los datos sobre los servicios individuales de salud que genera la institución de acuerdo con las estructuras estandarizadas que maneja el Sistema Integral de Información en Salud y que se establecen en esta resolución.

Administración de los datos: Consiste en la conservación, depuración y eliminación de la información en las bases de datos y en el establecimiento de los niveles de control y seguridad de los datos.

Transferencia de datos: Consiste en el envío de los datos, utilizando un medio de comunicación magnético o electrónico, que permita la actualización de los mismos entre las diferentes entidades.

Disposición de información: Consiste en la oferta de información de dominio público en medios masivos de comunicación.

Los archivos de datos deben identificarse con el tipo de archivo (dos caracteres), el número de la remisión de los datos (de uno a seis caracteres), para un nombre con un total máximo de ocho caracteres más la extensión del archivo que debe ser TXT.

Las cuentas sin RIPS no son radicadas para pagos, los archivos planos con la información correspondiente a los registros debe ser validada con el fin de optimizar el desembolso del recurso previa auditoria por parte del responsable de pago.

5. Historias clínicas y custodia de la información.

El referente de las historias clínicas de los usuarios se reglamenta con la Resolución 1995 de 1999 (julio 8) por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica y la Resolución 839 de 2017 que tiene por objeto establecer el manejo, custodia, tiempo de retención,

conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así como reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS-, para el manejo de estas en caso de liquidación.

Los facturadores deben basarse en lo que los datos que los profesionales de la salud hayan registrado a cerca del estado de salud del paciente.

La historia clínica que es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Se entiende por estado de salud datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud de la persona.

Glosario

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo mediante el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Prestación individual de servicios de salud: Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, o por fuera de este.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesida-

des de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.





Bibliografía

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud.*

Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.*

Recuperado de: www.ins.gov.co/normatividad/Decretos/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Agosto de 2008) *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.* Recuperado de: www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf

Ministerio de la Protección Social. (19 de diciembre de 2012) *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009.* Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4331-de-2012.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2015) *Procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado.*

Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-1479-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016). *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Incluye los anexos técnicos.*

Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (11 de abril de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS.*

Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1132-de-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (22 de mayo de 2017) *Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.*

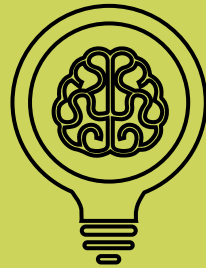
Recuperado de: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2017/08/RESOLUCIO%CC%81N-No.1687-DE-2017-SUSTITUYE-LISTADO-PLAN-DE-BENEFICIOS.pdf>



ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, COMPARTIR IGUAL

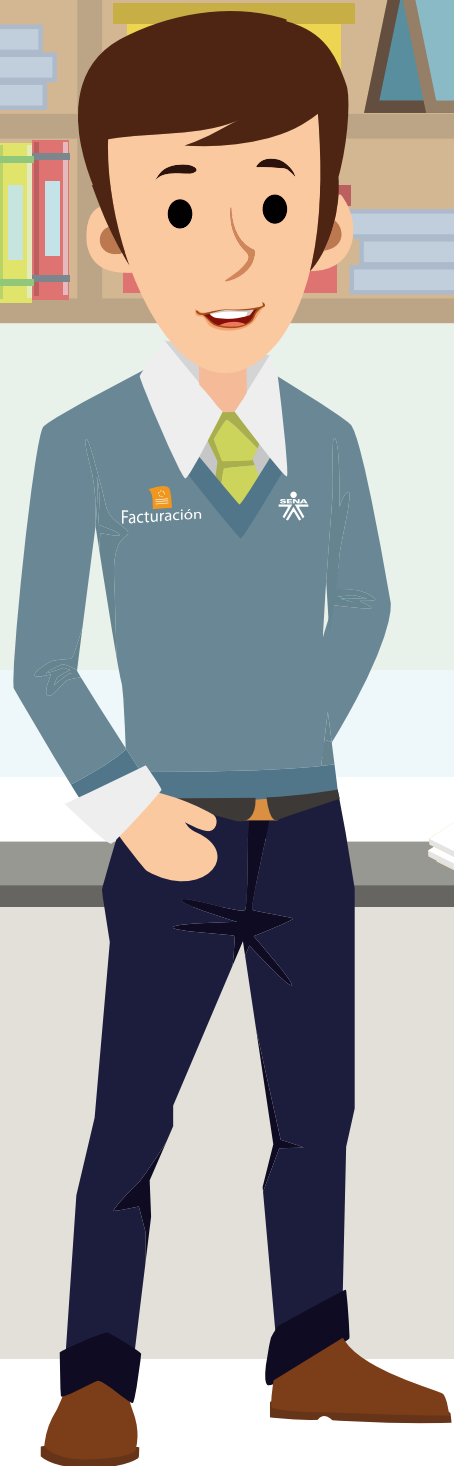
Este material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.





Créditos

PROGRAMA	Facturación de los Servicios en Salud
NOMBRE DEL OBJETO	Introducción a la Facturación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.
EXPERTO TEMÁTICO	Claudia Patricia Velásquez Orozco
DISEÑADORES GRÁFICOS	Zulma Rocio Bravo Jimenez William Francisco Castiblanco Sierra
PROGRAMADORAS	Zulma Milena Patiño Cárdenas Claudia Marcela Lizarazo Lizarazo
Y PRODUCTOR DE MEDIOS AUDIOVISUALES	Héctor Salinas Castellanos
ASESORA PEDAGÓGICA	Yuri Alexandra Báez Roldan
LÍDER DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN	Zulma Yurany Vianchá Rodríguez



Liquidación

de los servicios de Salud.



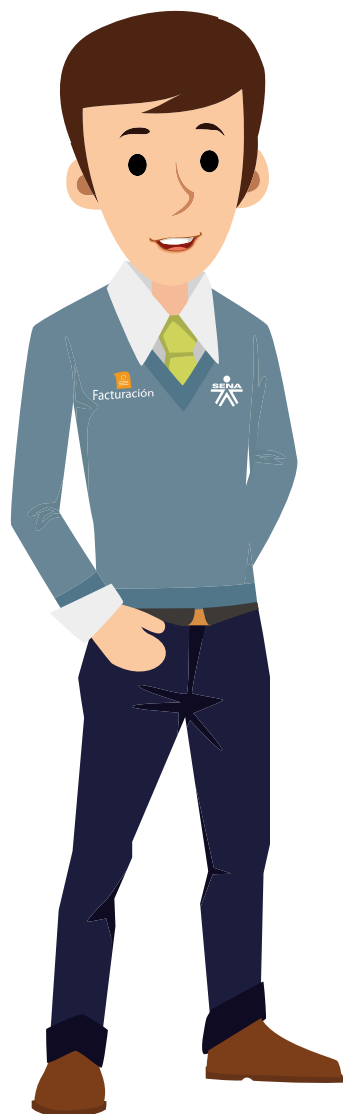
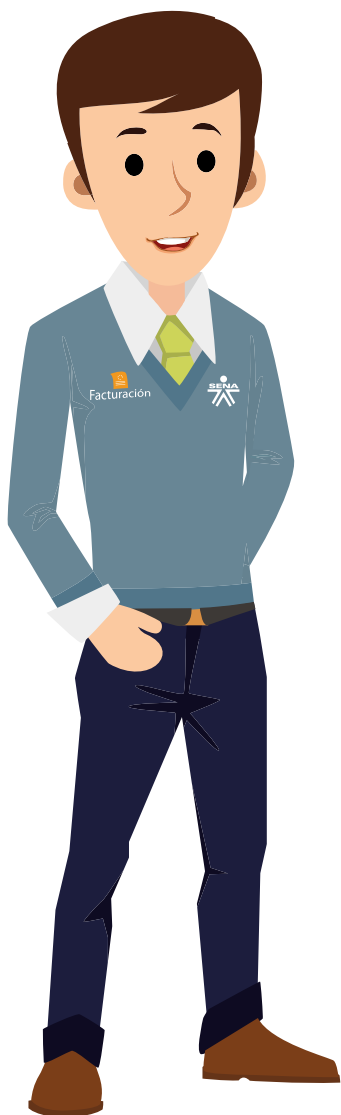


Tabla de contenido

Introducción.....	3
Mapa conceptual.....	4
Normatividad.....	5
La factura.....	6
Tipos de usuarios y Planes de beneficios.....	7
Soportes físicos y digitales.....	10
Manuales tarifarios.....	13
Glosario.....	14
Bibliografía.....	16
Creativecommons.....	17
Créditos.....	18



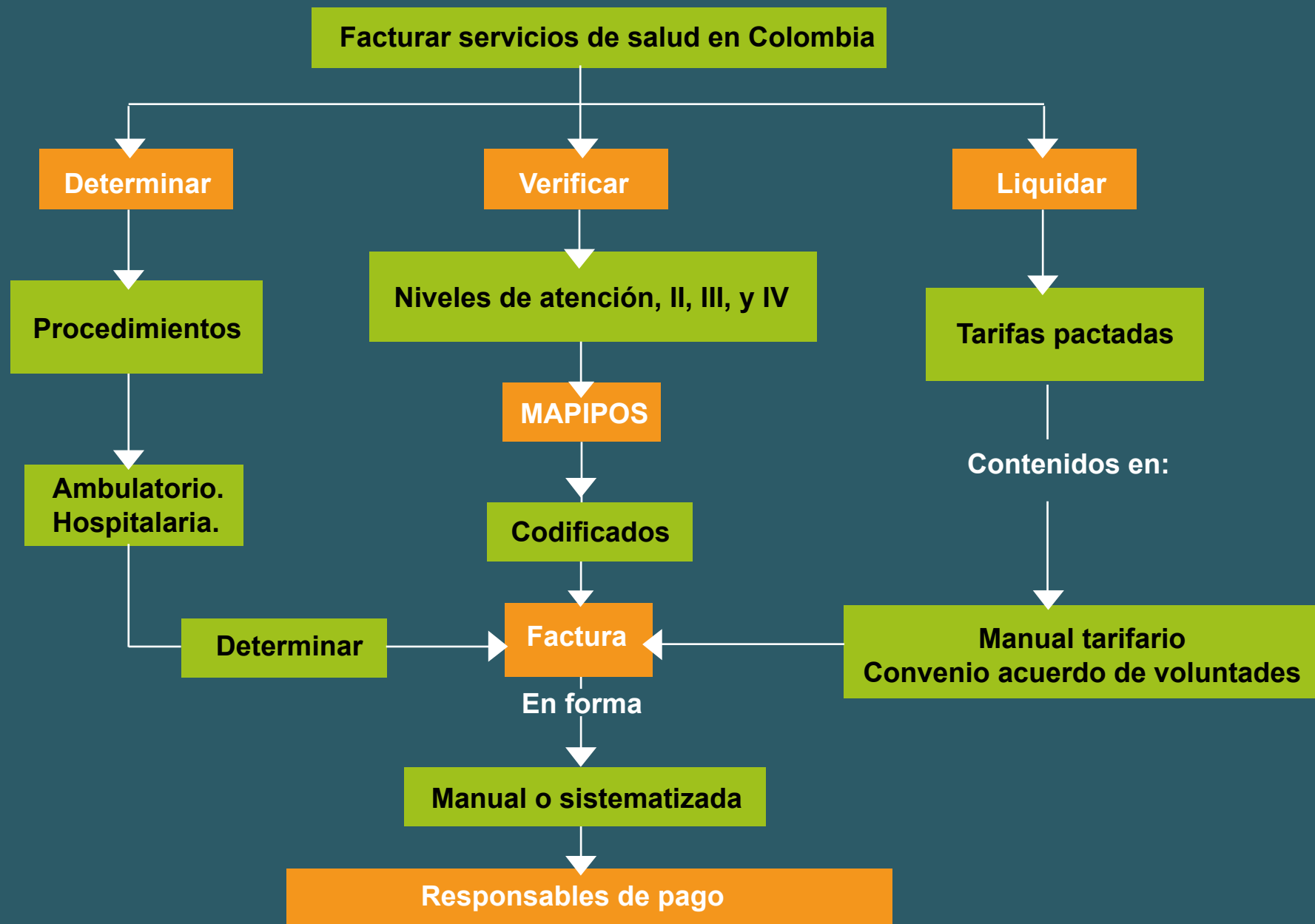
Liquidación

de los servicios de Salud.

Introducción

Como hemos venido estudiando, las Entidades Promotoras de Salud EPS en Colombia deben garantizar oportunidad y calidad de sus servicios a los usuarios como lo establece la Ley 100 de 1993 con todas sus modificaciones normativas, que no hacen más que complementar desde la jurisprudencia actualizaciones y anexos en pro de dar cobertura y accesibilidad a la población del territorio colombiano; para esto es relevante contar con procesos de contratación con base en las normas actuales que rige el decreto 4747 de 2007 y sus complementos normativos por lo cual existen criterios para los acuerdos de voluntades pactados y firmados entre las partes (Responsables de pago y prestadores de servicios de salud).

Mapa Conceptual



Liquidación de los servicios de salud. Normatividad.

El Proceso de liquidación de servicios de salud está regulado por tratarse de un asunto de gran importancia para garantizar el adecuado desempeño financiero de cualquier institución del sector salud. Sin embargo, se debe tener en cuenta las modalidades de contratación, las tarifas pactadas, los manuales tarifarios entre otros factores.

Como normatividad principal se cuenta:

Decreto 2423 de 1996, por medio del cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 256 de 2001, por el cual se aprueba el “Manual de tarifas” de la entidad promotora de salud del seguro social “EPS-ISS”.

Resolución 5261 de 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 3374 de 2000 por medio de la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

El Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social, que regula las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Resolución 4678 de 2015, modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS (Código Único de Procedimientos en Salud)

CIE-10 Clasificación Internacional de enfermedades.

El personal de facturación requiere estar muy concentrado, altamente capacitado y entrenado para asumir con idoneidad y responsabilidad este cargo. En primer lugar debe conocer qué tipo de acuerdo fue realizado entre los actores del aseguramiento y la prestación del servicio de salud, ya que estos servicios pueden estar contratados según los diferentes manuales. Entre los más comu-

nes encontramos a los manuales tarifario SOAT o manual tarifario ISS 2001.

El Plan Obligatorio de salud POS.

Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva básica hasta diversos tratamientos de alta complejidad, entre ellos:

- Consulta: Medicina general y especializada.
- Odontología: Con excepción de ortodoncia, periodoncia y prótesis.
- Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención inicial de urgencias.
- Diagnóstico: Laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear, resonancia electromagnética y escanografía.
- Hospitalización.
- Tratamientos quirúrgicos, en servicios de baja, mediana y alta complejidad.
- Apoyo terapéutico: Terapia física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje.
- Suministro de medicamentos, entre otros.

El detalle de cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones incluidos en el POS se encuentra contemplado en el Manual de Actividades,

Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – Resolución 5261 de 1994.

Si dentro del acuerdo de voluntades se dispone que la facturación se debe hacer mediante el manual SOAT, es importante conocer lo siguiente:

El Decreto 2423 de 1996 determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médico quirúrgicos y hospitalarios de manera céfalo- caudal y fija las tarifas establecidas en salarios mínimos legales diarios vigentes SMLDV, por consiguiente, cada año se actualizan estos valores. En la parte izquierda de las tarifas se encuentra el código correspondiente y al lado derecho se halla el grupo quirúrgico, aspectos éstos que se deben tener cuenta para poder liquidar un procedimiento.

Las entidades prestadoras de servicios de salud deben aplicar la liquidación de procedimientos cuando se trate de víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Existen grupos quirúrgicos que están numerados del 02 al 23. A cada grupo quirúrgico se le fija una porción de salario mínimo. Dentro de estos, podemos mencionar al médico cirujano, anestesiólogo y ayudante quirúrgico. Dentro de este grupo, se fijan los derechos de sala y los materiales de acuerdo con su nivel de complejidad; los demás procedimientos también están valorados con base al salario mínimo mensual legal vigente.

La liquidación de los servicios se inicia después de la atención prestada. A continuación se hace una descripción teniendo como base el Manual de Tarifas SOAT y de acuerdo con cada uno de los siguientes capítulos.

Capítulo I: Campo de aplicación (será de obligatorio cumplimiento para las IPS de salud pública y entidades privadas).

Capítulo II: Definiciones.

Capítulo III: Intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos, nomenclatura y clasificación según grupo quirúrgico.

Tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes.

Capítulo IV: Servicios intrahospitalarios y ambulatorios, estancias, servicios profesionales, derechos de sala, materiales, suministros y equipos.

Ejemplo:

Estancia hospitalaria de 10 (Diez) días en habitación bipersonal.

Código	Servicio prestado	Unidad	Valor Unitario	Valor Total
38122	Estancia en habitación bipersonal	8.4 (Valor diario \$ 24.590,56)	\$206.600	\$2.066.000=

En el manual ISS 2001, las actividades, intervenciones y procedimientos se encuentran codificados, por cuanto su ordenamiento lógico y detallado, es a su vez, un instrumento facilitador para la implantación ágil y oportuna, de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

El manual tarifario ISS está dividido en 5 capítulos los cuales están organizados de forma superior a inferior, es decir, de la cabeza a los pies (Céfalo caudal).

UVR es la “unidad de valor relativo constante” que califica la complejidad del procedimiento o intervención en términos de recursos humanos y tecnológicos necesarios para su realización, como tiempos quirúrgicos y de recuperación controles y riesgos para el paciente.

En la siguiente tabla, encontrará las unidades establecidas para la UVR mencionada en el manual tarifario, así:

<i>Cantidad UVR</i> Según procedimiento se encuentra en el tarifario descrito.	<i>Se multiplica por</i>	<i>Procedimiento a liquidar</i>
	\$1270	Cirujano
	\$960	Anestesiólogo
	\$360	Ayudante
	Tarifario	Derechos de Sala
	Tarifario	Materiales

El Manual Tarifario ISS está organizado por:

- Sitio o región anatómica.
- Tipo de procedimiento.
- Nombre del procedimiento.
- Definición del procedimiento.

Sus capítulos son:

Capítulo I: Listado de intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos nomenclatura, clasificación y calificación en unidades de valor relativo (UVR).

Capítulo II: Exámenes, estudios y procedimientos clínicos de diagnóstico, tratamientos, nomenclatura, clasificación y tarifas.

Capítulo III: Servicios intrahospitalarios y ambulatorios, internación, servicios profesionales, derechos de sala, materiales, suministros y equipos.

Capítulo IV: Conjuntos de atención en salud por tarifa integral.

Capítulo V: Actividades, intervenciones quirúrgicas, procedimientos y atenciones.

El procedimiento para facturar con ISS 2001 es el siguiente:

A. Se ubica el código CUPS de la patología.

B. Se ubica el código del procedimiento a seguir y allí se toma el número de UVR que tiene y se multiplica por el valor correspondiente de acuerdo con la tabla anterior (cirujano, anestesiólogo, sala quirúrgica, ayudantía, materiales).

Ejemplo: Referencia: 07733 Código PB 471300 apendicectomía con drenaje de peritonitis generalizada sod UVR 140.

C. Para las salas de cirugía se verifica la cantidad de UVR que tiene el procedimiento y por el valor correspondiente de acuerdo con una tabla que se encuentra en el artículo 77 para el anterior, ejemplo: la UVR 140 , ejemplo; de 131 hasta 150 UVR \$186.410 ; respecto a los materiales se encuentran en el Artículo 85, de 131 hasta 150 UVR \$140.12.

D. En las intervenciones con más de 450 UVR los derechos de sala de cirugía se pagarán, de acuerdo con el valor que resulte de multiplicar el número de unidades del procedimiento realizado por \$1.410; ejemplo: $140 \times 1.410 = \$197.400$.

E. Para facturar la estancia se busca a partir del Artículo 56 clasificando el nivel de la Institución IPS y el tipo de habitación utilizada y se toma el valor allí especificado. Ejemplo si fue atendido el paciente en complejidad mediana Código PB S1102 habitación bipersonal \$48.910.

F. La suma de todos los ítems anteriores constituyen el valor total de la factura

que será enviada a la EPS o Entidad responsable de pago.

G. Los laboratorios e imágenes diagnósticas se buscan en el manual de acuerdo con el código y se toma el valor que está especificado en el mismo.

Ejemplo código PB 903868 triglicéridos \$5.170

Similitudes y diferencias de los manuales ISS 2001 Y SOAT

Manual SOAT	Manual ISS
Derecho de sala artículo 48: Se facturan procedimientos quirúrgicos graves. Si el paciente supera las 6 horas, se factura la unidad de cuidado intensivo UCI y la unidad de cuidado especial UCE al 50% dependiendo del grupo.	Derecho de sala artículo 48: No se factura procedimientos quirúrgicos cruentos. Si el paciente pos quirúrgico supera las 6 horas se factura sala de observación.
Procedimientos bilaterales: Se factura al 50% adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico, un procedimiento con el mismo especialista en distinta región de procedimiento o con un diferente especialista, se factura al 100% dependiendo del grupo.	Procedimientos bilaterales: Se factura al 75% adicional de las UVR, un procedimiento con el mismo especialista, con una vía de acceso, con una intervención o procedimiento, los demás procedimientos se facturan al 50%.
Sala de parto: Incluye todos los materiales para el parto, postparto y observación del recién nacido. Cuando el parto es por cesárea los derechos de sala de cirugía se factura de acuerdo con el grupo.	Sala de parto: Incluye las unidades de trabajo del parto, post parto y observación del recién nacido
	Sala de recuperación artículo 54: Comprende los siguientes servicios: Dotación básica, los equipos con sus accesorios e implementos, uso de ropa reutilizable o desechable y la atención de enfermería, por eso se pagará las siguientes tarifas: Nivel I \$26.705, nivel II \$35.055, nivel III \$42.125.

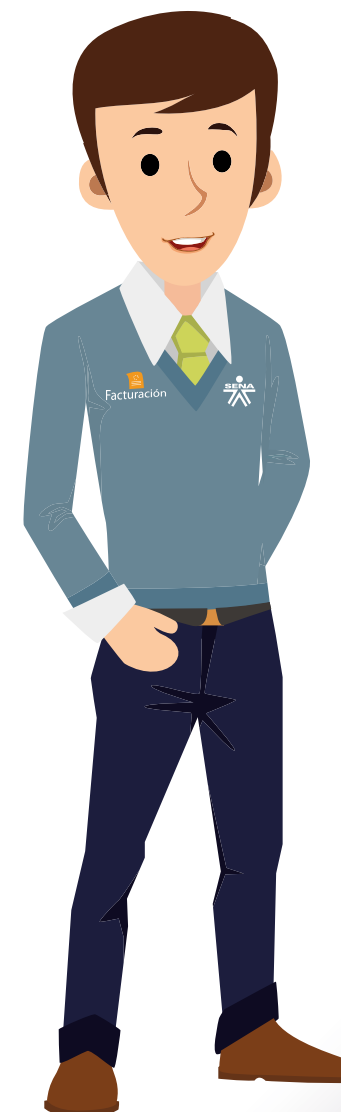
Sala de recuperación artículo 57: Un paciente pos quirúrgico que supere las 6 horas y se encuentre clasificado en grupos del 2 al 13 se le factura al 50%; en caso de cirugía ambulatoria y que supere las 6 horas se facturará el valor de una habitación de tres camas de acuerdo con la clasificación de la institución; esto en caso de que al paciente no se le haya asignado pieza para su hospitalización. Si el cirujano encargado decide que la recuperación debe ser en la UCI menor a 24 horas se factura 50% adicional.

Urgencia y consulta externa: Los derechos de sutura o curaciones incluye uso de consultorio o sala instrumental, material de sutura y curaciones, asistencia local, servicio de enfermería, sala de sutura y sala de recuperación.

Procedimiento ambulatorio: Si el paciente supera las 6 horas, si se factura antes no. Si el cirujano decide que la recuperación debe ser en la UCI por un periodo inferior a 24 horas, se factura al 50% dependiendo del tipo de cama.

Derecho de sala especial: Dependiendo el tipo de cama. Se rige por el artículo 50. Se factura únicamente cuando no se puede realizar el procedimiento en un consultorio

Derecho de sala urgencia artículo 52: Se factura si pasa las dos horas de observación y es un valor diario; salas de observación nivel I, nivel II, nivel III, sala de sutura de heridas, sala de curaciones



Materiales artículo 55: Los materiales que superen el grupo del 20 al 23 se factura el consumo. Los materiales que necesita para procedimientos están incluidos en el artículo 52. Los materiales de sutura, curaciones, medicamentos, soluciones, oxígeno, agentes anestésicos se factura con el 39.305.

En procedimientos bilaterales se facturan al 75% adicional establecido para el concepto de materiales de sutura, curaciones, drogas, medicamentos, soluciones, oxígeno, agentes anestésicos de acuerdo con el grupo.

Habitación artículo 47: La estancia se reconoce hasta por 24 horas, cuando se garantice en forma integral todos los servicios establecidos en el art. 40 y 45.

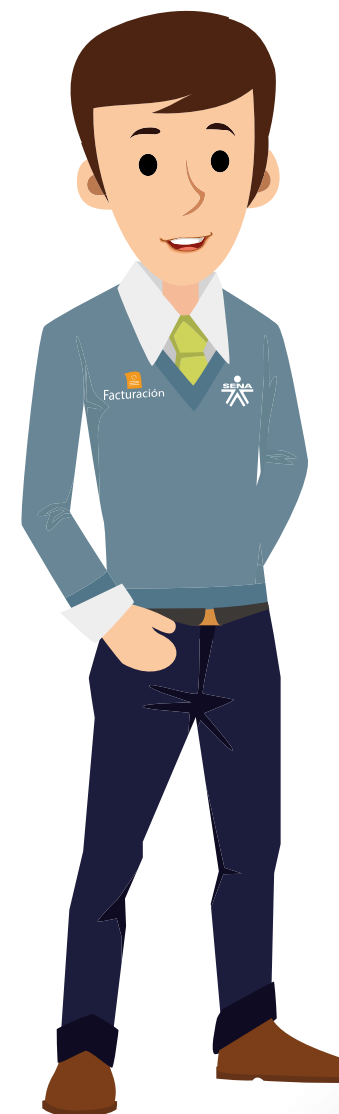
En caso de cualquier anomalía en el que no se suministre al paciente algún medicamento o material, su valor no podrá ser incluido.

Materiales artículo 55:

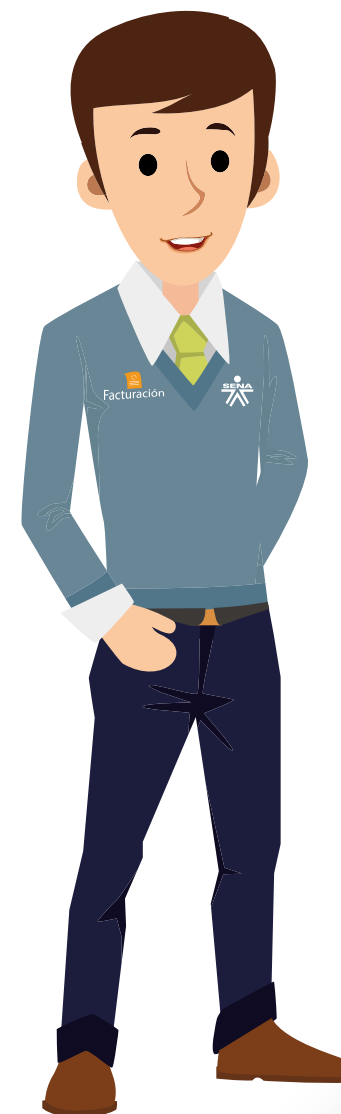
Los materiales que superen las 170 UVR se facturan al consumo. Los procedimientos que se hagan en la sala especial, los materiales están incluidos en la sala artículo 51. Los materiales de sutura, curaciones, agentes y gases anestésicos utilizados en cualquier intervención, que estén en los artículos 45 y 50 se facturará 9.410. Los materiales que se encuentren en los artículos 21 y 45 se factura 2.065.

Procedimientos bilaterales: Con menos de 170 UVR se reconocerá un 75% adicional por conceptos de material se sutura, curaciones, soluciones, oxígeno, gases y agentes anestésicos de acuerdo a las UVR

Habitación artículo 43: La estancia son valores máximos cuando se garanticen en forma íntegra, todos los servicios determinados en el artículo 35 a 41.



<p>Cuando la permanencia para el proceso de observación es menor a 6 horas se reconocerá los valores señalados. Si supera las 6 horas facturará habitación de 4 camas o más camas según el nivel de la institución. Cuando un paciente se encuentra en la sala de observación para el servicio de hidratación, los líquidos que consuma se reconocerán hasta por el precio comercial del catálogo a la venta al público.</p> <p>Ambulancia: Cada institución tiene precios establecidos para reconocer el pago del servicio de ambulancias, de acuerdo con los recorridos y tipo de ambulancia.</p>	<p>En caso de cualquier anomalía en que que no se suministre al paciente ningún medicamento o material su valor no podrá ser incluido. Al día del ingreso del paciente se factura cualquiera que sea el servicio de hospitalización, la hora de entrada y de salida del mismo en caso de que un paciente este enfermo a 24 horas en cualquier circunstancia de hospitalización se pagará la tarifa correspondiente a la estancia según el servicio que ocupó.</p> <p>Cuando el paciente por prescripción del médico es trasladado de un servicio a otro se factura la utilización de la más cara hospitalización.</p>
--	---

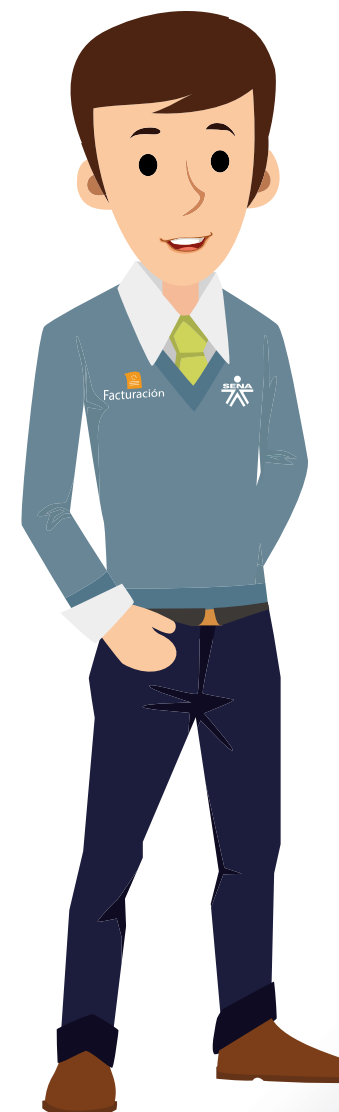


- Consultas, PAG 94.
- Consulta externa, PAG 94.
- Consulta ambulatoria de medicina general, medicina especializada.
- Consulta de urgencias.
- Consulta de urgencias y sutura.
- Consulta ambulatoria de medicina especializada, junta de médicos quirúrgica.
- Consulta pre anestésica.
- Atención diaria Intrahospitalaria PAG 106.
- Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente no quirúrgico u obstétrico, es decir, cuando el paciente no supera los 15 días de recuperación, no se factura.
- Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente quirúrgico u obstétrico.

Ambulancia PAG 190

El manual tiene establecido los valores para cada tipo de ambulancia a "Ambulancia de traslado", traslado simple, traslado redondo. Tiene establecido el valor es de los recorridos.

- Consultas PAG 165, artículo 47.
- Consulta externa.
- Consulta ambulatoria, de medicina general, consulta ambulatoria de médico especialista.
- Consulta de urgencias.
- Consulta de urgencias por médico general, consulta de urgencias por médico especialista.
- Consulta pre-quirúrgica y/o intrahospitalaria, por el especialista de clínicas de urgencia.
- Consulta pre anestesia.
- Los servicios profesionales distintos a los anteriores pagarán conforme a lo estipulado en los artículos 44, 45 y 46.

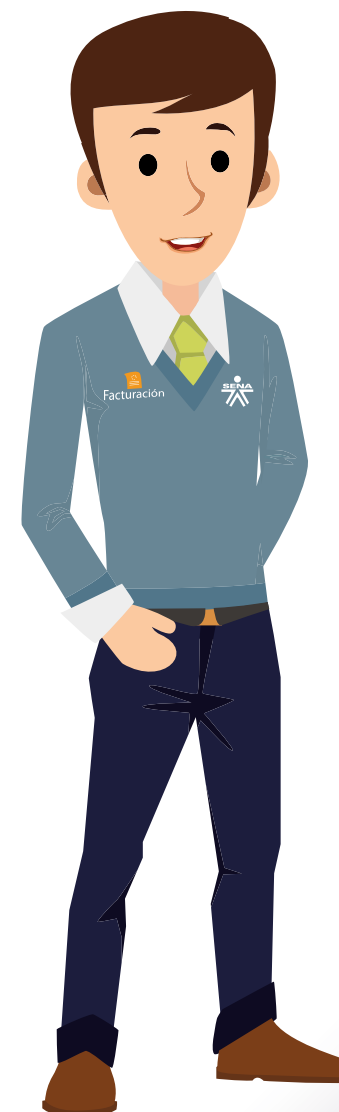


- El paciente que supera los 15 días, se factura el tiempo que esté hospitalizado.

Nutrición parenteral o enteral: Nutricionista con el 0.84, los medicamentos nutricionales y los elementos para aplicar esos medicamentos.

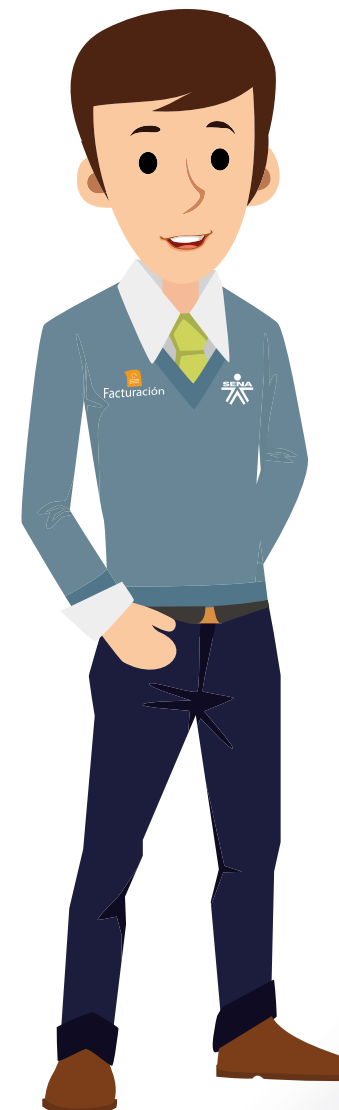
La actualización del manual: Este manual se actualiza cada año teniendo en cuenta el salario mínimo legal vigente.

- Atención diaria Intrahospitalaria ART. 46 PAG. 163.
- Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente no quirúrgico obstétrico o quirúrgico en instituciones de complejidad.
- Atención diaria intrahospitalaria por el médico general tratante del paciente no quirúrgico.
- Es decir, el paciente que no supera los 15 días de recuperación no se factura.
- Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente quirúrgico. El paciente que supere los 15 días de recuperación, sólo se factura el tiempo que este hospitalizado.



	<ul style="list-style-type: none">• Nutrición parenteral o enteral: El nutricionista se factura con el valor de 3740, más los medicamentos y productos de nutrición parenteral o enteral, y se factura los equipos necesarios para poder hacer los procesos de nutrición.• La actualización del manual: Este manual está con las tarifas del año 2000 por consiguiente, las entidades o partes le asignan un porcentaje a los valores que están en este manual. Las entidades cambian en determinados tiempos los porcentajes de los procedimientos.
--	---

Fuente: Alzate (2009)



Procedimientos ambulatorios y hospitalarios.

Los procedimientos médicos, son los indicados por un médico cirujano o un profesional de la salud autorizado y se pueden realizar tanto de manera ambulatoria como a través de la hospitalización del paciente.

Existen procedimientos que son ambulatorios, es decir, que no necesitan hospitalización. Los procedimientos médicos son prestaciones de salud (atenciones unitarias o en grupo) que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos, los cuales implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

Los procedimientos ambulatorios se realizan habitualmente en una sala de procedimientos, y generalmente no utiliza la sala quirúrgica. Dentro de éstos se pueden mencionar, evaluaciones de fonoaudiología y electrocardiogramas. También, existen procedimientos que requieren de una preparación del paciente antes de su realización, tales

como la administración de algún medio de contraste en el caso de los Scanner (según sea indicado), o la administración de algún anestésico o algún sedante, como es el caso de las colonoscopias o endoscopias. También se destacan: la instalación y manejo de la hemodiálisis en pacientes portadores de enfermedad renal crónica, o procedimientos odontológicos que se realizan en consultorio dental.

Los procedimientos hospitalarios, en cambio, requieren que el paciente sea ingresado al establecimiento para su realización, es decir, debe permanecer hospitalizado, tanto por una condición inherente al procedimiento como también por condiciones propias del paciente. Estos, pueden ser invasivos como no invasivos y requieren de equipamiento y personal altamente especializado para su realización, es decir, deben disponer de todos los recursos técnicos, clínicos y de infraestructura, como forma de prevención ante alguna complicación. Y al igual que los procedimientos ambulatorios, deben ser indicados por su médico tratante.

Los procedimientos o intervenciones quirúrgicas, en su mayoría requieren

que el paciente sea ingresado al establecimiento donde se realizará la prestación correspondiente, ya que requieren de un establecimiento que sea capaz de dar soporte a la complejidad de la intervención, a la tecnología aplicada, al postoperatorio del paciente y en general, a todas las posibles complicaciones que se pudiesen presentar, tanto por la condición clínica del paciente, como por la envergadura de la cirugía. En la actualidad, gracias a los avances tecnológicos y de técnicas quirúrgicas, se dispone de intervenciones quirúrgicas mínimamente invasivas.

La factura como documento contable: Características, contenidos, datos básicos, aspectos contables.

El Código de Comercio Colombiano, en el artículo 772 define la factura como: “Un título valor legal que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.”.

Para que una factura sea legalmente válida y que pueda constituir un título valor, debe contener como mínimo los siguientes requisitos contenidos en el artículo 774 del código de comercio:

La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:

- El prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.

- No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.

- Requisitos que debe cumplir una factura para efectos tributarios.

Desde el punto de vista tributario, la factura debe cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 617 del estatuto tributario:

- Estar denominada expresamente como factura de venta.

- Apellidos, nombre o razón social, NIT de quien presta el servicio.
- Apellidos y nombre o razón social y NIT del asegurador o responsable de pago.
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta. (Expedido por la DIAN).
- Fecha de su expedición.
- Descripción específica de los servicios prestados.
- Valor total de la operación en números y letras.

Además de la factura, existen soportes que se deben anexar para el envío de la cuenta a la institución responsable del pago; dentro de estos están los siguientes:

- Detalle de cargos: Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, teniendo en cuenta cada uno de los ítem(s).
- Autorización: Corresponde a la garantía para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago de un usuario.

- Resumen de atención o epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía.

- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico: Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.

- Descripción quirúrgica: Corresponde todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos.

- Registro de anestesia: Corresponde a la indicación de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido.

- Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente).

- Hoja de traslado: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.

- Orden y/o fórmula médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos.

- Lista de precios: Documento que relaciona el precio en que el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.

- Recibo de pago compartido: Recibo de ticket, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago.

- Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT): Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento.

- Factura por el cobro al SOAT y/o Fosyga: Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del Fosyga por la atención de un paciente.

- Historia clínica: Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.

- Hoja de atención de urgencias: Es el registro de la atención de urgencias.

Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.

- Odontograma: Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.

- Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

Aplicativos de facturación.

En el mercado colombiano existen múltiples Software para uso del Sector Salud. Estas herramientas tecnológicas cumplen una función muy importante en el manejo especializado del sistema médico- administrativo, operativo y financiero para IPS públicas y privadas.

Las marcas comerciales o mejoras de sistemas propios se adecuan a la necesidad de cada institución, pero no hay establecido un sistema operativo específico para la facturación en Colombia. Sin embargo, el aplicativo adoptado debe cumplir con criterios de elaboración, revisión y aprobación del documento para así garantizar que se ha agotado el proceso de ingreso de información para las facturas, revisión de pertinencia médica y aprobación para generación y cobro.

Los soportes de la factura son indispensables y quedan digitalizados al elaborar la misma, también algunos sistemas operativos hacen interfaz con los reportes en Historia Clínica y según sea la profesión en el equipo médico se da el nivel de consulta o autorización de digitación, en todos los casos las anotaciones son identificadas por cada autor del registro.

Marcar la trazabilidad de cada factura hace que se evidencien buenas prácticas en el proceso de facturación y a su vez que se generen nuevas oportunidades de mejora para la misma.

Conocer cronológicamente el manejo de un usuario permite que las bases de datos de morbi- mortalidad estén actualizadas. Se puedan generar los reportes oportunamente para los entes de seguimiento y control y al interior de la institución para tomar decisiones de intervención temprana de la población atendida, cumpliendo así con el propósito del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Registros contables.

Si nos referimos a los registros contables podemos mencionar diversos, pero para el caso concreto, nos vamos

a enfocar en los costos ya que todas las actividades y procedimientos que generalmente se realizan en las Instituciones de Salud deben ser costeadas para así identificar cuál es la rentabilidad y rotación en la prestación del servicio, y estar al tanto con los porcentajes que se negocian en el proceso contractual.

La contabilidad de costos es una fase del procedimiento de contabilidad por medio del cual se registran, compendian, analizan e interpretan los detalles de costos del material, mano de obra y cargos indirectos que son los costos ajenos a la producción necesarios para producir y vender un artículo.

A la contabilidad de costos le interesa obtener una cifra que representa el costo de un producto manufacturado. Las razones más importantes por las cuales la gerencia de la empresa industrial necesita conocer los costos de un producto son:

- Valorizar los inventarios.
- Tomar decisiones de venta de un producto.
- Controlar de costos.

Los elementos del costo para estos casos son:

- Medicamentos, insumos.
- Mano de obra.

Generalmente en salud se clasifican en:

Costos Directos: Lo constituyen todos aquellos recursos consumidos directamente en la producción del servicio; ejemplo: Insumos, material y honorarios médicos.

Costos Indirectos: Son los recursos que son necesarios para desarrollar las actividades de producción, comercialización o apoyo, pero que no se puede identificar o medir exactamente; ejemplo: agua, teléfono, papelería.

Glosario

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la

prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período

determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profe-

sionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

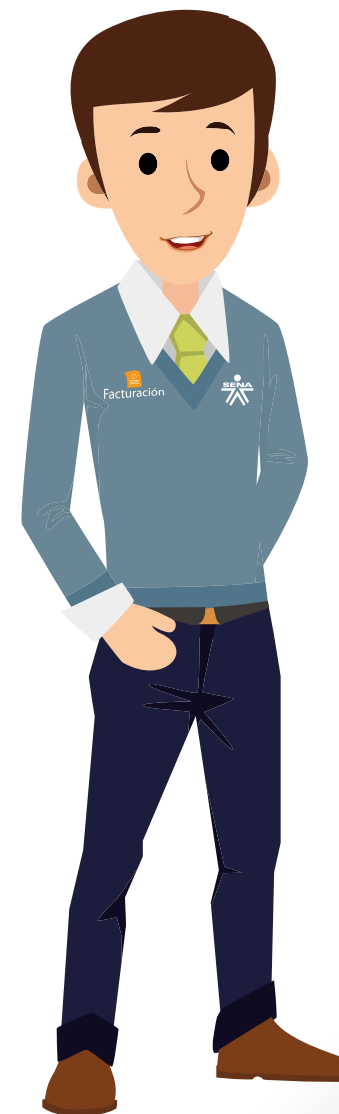
Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Prestación individual de servicios de salud: Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, o por fuera de este.

UVR: es la “unidad de valor relativo constante” que califica la complejidad del procedimiento o intervención en términos de recursos humanos y tecnológicos necesarios para su realización, como tiempos quirúrgicos y de recuperación controles y riesgos para el paciente.





Bibliografía

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud*. Recuperado de:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo*. Recuperado de:

www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Agosto de 2008). *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007*. Recuperado de:

www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf

Ministerio de la Protección Social. (19 de diciembre de 2012). *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009*. Recuperado de: <https://actualicese.com/normatividad/2012/12/19/concepto-253916-de-19-12-2012>

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2015). *Procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado*. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=-Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%206%20de%20mayo%20de%202015

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016). *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Incluye los anexos técnicos*. Recuperado de:

www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%2026%20de%20diciembre%20de%202016

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de abril de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS*. Recuperado de:

www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%2011%20de%20abril%20de%202017

Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de mayo de 2017). *Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de:

www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protecci%20n%20Social%20%2022%20de%20mayo%20de%202017



Liquidación

de los servicios de Salud.





Creative
Commons



ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, COMPARTIR IGUAL

Este material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.





Créditos

PROGRAMA
NOMBRE DEL OBJETO

Facturación de los Servicios en Salud
Liquidación de los servicios de Salud.

EXPERTO TEMÁTICO
DISEÑADORA GRÁFICA

Claudia Patricia Velásquez Orozco
Zulma Rocio Bravo Jimenez
William Francisco Castiblanco Sierra

PROGRAMADORA
GUIONISTA

Zulma Milena Patiño Cárdenas
Héctor Salinas Castellanos

Y PRODUCTOR DE MEDIOS AUDIOVISUALES

ASESORA PEDAGÓGICA

Yuri Alexandra Báez Roldan

LÍDER DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN

Zulma Yurany Vianchá Rodríguez



Facturación del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia





Tabla de contenido

Introducción.....	3
Mapa conceptual.....	4
Procesos, procedimientos, formatos, registros, trazabilidad de la factura.	
Glosas, conceptos, tipos de glosa, gestión de glosas y devoluciones en cuentas.	
Gestión de la cartera rotación, edad de la cartera, reportes de cartera.	
Glosario.....	11
Bibliografía.....	13
Creative commons.....	14
Créditos.....	15



Facturación del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia

Introducción

El sistema establecido con la Ley 100 y sus actualizaciones obliga a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS a facturar por la venta de los servicios prestados para recuperar los recursos invertidos en la atención de la salud de los usuarios y con ello garantizar su sostenibilidad financiera.

Es por esto, que las Instituciones Prestadoras de Salud, se ven obligadas a implementar un proceso de auditoría para evaluar la prestación del servicio y hacer un análisis posterior a la facturación de las cuentas enviadas al responsable de pago, verificando que todos los soportes se encuentren bien evidenciados y se puedan adoptar medidas correctivas en el fortalecimiento de las actividades administrativas correspondientes a la liquidación de los servicios de salud.

Por su parte, las entidades responsables de pago del sistema adoptan iguales medidas como incorporar las áreas de auditoría médica donde la parte administrativa se encarga de la operatividad de la revisión de las facturas y la parte médica se encarga de evaluar pertinencia desde su pericia y experticia para garantizar igualmente la calidad en la prestación de servicios y el cumplimiento óptimo de las atenciones.

Invitamos a todos los aprendices a conocer a continuación, algunos detalles que deben ser tenidos en cuenta, reiterándoles el compromiso de incorporar el lenguaje técnico de esta ocupación, Facturador en los servicios de Salud. Es necesario someternos a la normatividad vigente que está en constante actualización.



(Fuente: SENA (2017))

Procesos, procedimientos, formatos, registros, trazabilidad de la factura.

Existe en Colombia una normativa clara respecto al tema de glosas.

Como normatividad principal se cuenta con:

El Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social regula algunos aspectos de las relaciones que deben existir entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

La Resolución 3047 de 2008; anexo técnico No 6. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.

El Congreso de Colombia el 9 de enero de 2007 regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, en lo concerniente a Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes: Contributivo y Subsidiado, de acuerdo con la modalidad contractual que se adopte y el trámite que se surta en el caso de formulación de glosas.

Mediante la Resolución 3385 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.159 de 12 de agosto de 2011, "Por la cual se modifica el Anexo Técnico número 6 que forma parte integral de la Resolución 3047 de 2008".

En el año 2011 se crea la Ley 1438 que modifica el Trámite de Glosas, estableciendo en qué tiempos se debe realizar la objeción y las respuestas pertinentes.

Después de organizar el paquete de la cuenta médica, según criterios de cada entidad normalizados en los procedimientos y descritos en los acuerdos de voluntades, y de realizar el envío al ente pagador para radicación, la IPS debe seguir la trazabilidad de la factura hasta la cancelación de esta; en consecuencia se deben desarrollar los siguientes pasos:

- Se envía el paquete al responsable de pago entre el 1 y el 20 de cada mes, sin sobrepasar los seis (6) meses, asumiendo que entre más tarde se envíe la factura más tarde será el pago de la cuenta.

- El responsable del área financiera realiza el asiento contable en el software, a partir de la radicación de la cuenta de cobro ante el pagador, luego de lo cual

se debe iniciar el seguimiento y acciones de cobro.

- Revisión de los reportes de tesorería referente a los pagos por, transferencia electrónica, consignaciones o cheque girados a la IPS.

Se programa visitas periódicas a las entidades responsables del pago de salud solicitándoles el pago y/o soportes de pagos.

- Se tiene que confirmar si efectivamente el pago fue realizado y si éste ingresó a la Institución.

- Al recibir la confirmación de los diferentes pagos, se debe hacer el respectivo registro contable (Descargar pagos, notas créditos, notas débitos y trámites de glosas).

- Se elabora el respectivo recibo de caja de acuerdo con cada una de las certificaciones de pagos que se hayan generado en la oficina de cartera de los pagos confirmados.

Por otra parte, la entidad responsable del pago, debe cumplir con los siguientes requisitos para la cancelación de la factura correspondiente al servicio prestado de su afiliado:

- El responsable del pago recibe las facturas o documentos equivalentes, presentados por los prestadores de servicios de salud, en medio físico y magnético.
- Se verifica en un primer momento que este cumpla con los requisitos de facturas o documento equivalente.
- Se valida que la información entregada cumpla con las especificaciones del contrato o normatividad vigente.
- Se confronta con el representante de la IPS y/o profesional, el listado y las facturas que se están radicando.
- Se radica los documentos de los Prestadores de Servicios de Salud, colocando sello a cada copia de la factura con el número de radicación y fecha en que se recibe las cuentas médicas.
- Se selecciona las cuentas médicas separando las facturas por el Prestador de Servicios de Salud, y en los casos que amerite, evaluar la pertinencia médica, la pertinencia administrativa y verificando por parte del analista o profesional.
- Se comprueba cuál es el objeto contractual y tarifas, y se constata que lo

presentado en las facturas corresponda con lo realmente contratado con la respectiva IPS.

- Se realiza una lista de verificación indicando que los datos del paciente coincidan con los datos de la autorización, que las tarifas correspondan a las pactadas.

Glosas, conceptos, tipos de glosa, gestión de glosas y devoluciones en cuentas.

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto caso, que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente el soporte de la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

Respuesta a glosas y devoluciones: Se interpreta en todos los casos como

la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Los motivos de glosa pueden ser por:

- **Facturación:** Se codifica con el número 1; se presenta la glosa por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
- **Tarifas:** Se codifica con el número 2; se glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

- **Soportes:** Se codifica con el número 3; se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

- **Autorización:** Se codifica con el número 4; se aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.

Dentro de los formatos de autorización están relacionados los siguientes:

- Anexo N°1: Inconsistencias en base de datos.
- Anexo N°2: Informe de la atención inicial de urgencias (24 horas /tres Intentos).
- Anexo N°3: Solicitud de autorización de servicios de salud (4 horas /3 intentos)

-Anexo N°4: Formato único de autorización de servicios. (5 días-2 días hábiles)

- Anexo N°5: Soportes de las facturas.

- Anexo N°6: Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas.

- Anexo N°7: Estándares de datos para los Anexos Técnicos 1, 2, 3 y 4.

- Anexo N°8: Registro conjunto de trazabilidad de la factura.

- Anexo N°9: Formato estandarizado de referencia de pacientes.

- Anexo N°10: Formato estandarizado de contra referencia de pacientes.

- Anexo N°11: Contenido de los avisos que obligatoriamente que deben publicar las entidades responsables del pago y los Prestadores de Servicios de Salud.

Cobertura: Se codifica con el número 5; se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

Pertinencia: Se codifica con el número 6; se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o

el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

Devoluciones: Se codifica con el número 8; que es una no conformidad que afecta en forma total la factura, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.

Las causales de devolución son concretas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, tutela, accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal.

Respuestas a glosas o devoluciones:

Se codifica con el número 9; las respuestas, glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Sin embargo el manual único de glosas establece que la codificación está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales, como lo determinamos, y los dos siguientes indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

Ejemplo: El código de tarifa es 2 y dos códigos específicos 29.

Es decir el código de la glosa es 229 que corresponde a Recargos no pactados y aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.

Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago

durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

- Usuario o servicios; corresponde a otro plan o responsable.
- Usuario retirado o moroso.
- Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud.
- Ausencia del resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
- Profesional que ordena no adscrito.
- Falta soporte de justificación para recobros.
- Falta del Informe atención inicial de urgencias.
- Factura no cumple los requisitos legales.
- Factura ya cancelada.

El trámite que establece la ley 1438 de 2011 respecto a los tiempos que se

deben tener en cuenta son:

Las entidades responsables del pago de servicios de salud tendrán veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura; durante este tiempo formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá

un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Todo registro debe estar consignado en actas que soporten las acciones de las personas, sus roles en la operación y sus identificaciones, de igual manera la fecha y los compromisos adquiridos en cada una de las reuniones sostenidas.

Toda la información se encuentra en el anexo 6, Manual de Glosas y Devoluciones de la Resolución 3047 de 2008 y será la bitácora de ahora en adelante para el proceso de facturación en una entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El pasó a paso de los instructivos que pueden encontrar en www.supersalud.gov.co

Como nota actualizada se describe el "ADRES como Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, "Todos por un nuevo país", crea la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS (ADRES, por sus iniciales), con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos del SGSSS e implementar los respectivos controles.

Los recursos que confluirán en la ADRES serán los que hoy día maneja el Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET, los que financian el aseguramiento en salud, entre otros.

En concordancia con lo aquí señalado, opera de forma similar al actual esquema de operación del FOSYGA, solo que, articulando más fuentes y usos de recursos, definidos por la ley, la ADRES recaudará, administrará y girará los recursos del SGSSS, optimizando los procesos.

El Gobierno Nacional, mediante el Decreto 1429 de 2016, modificó la estructura de la ADRES; igualmente, el Decreto

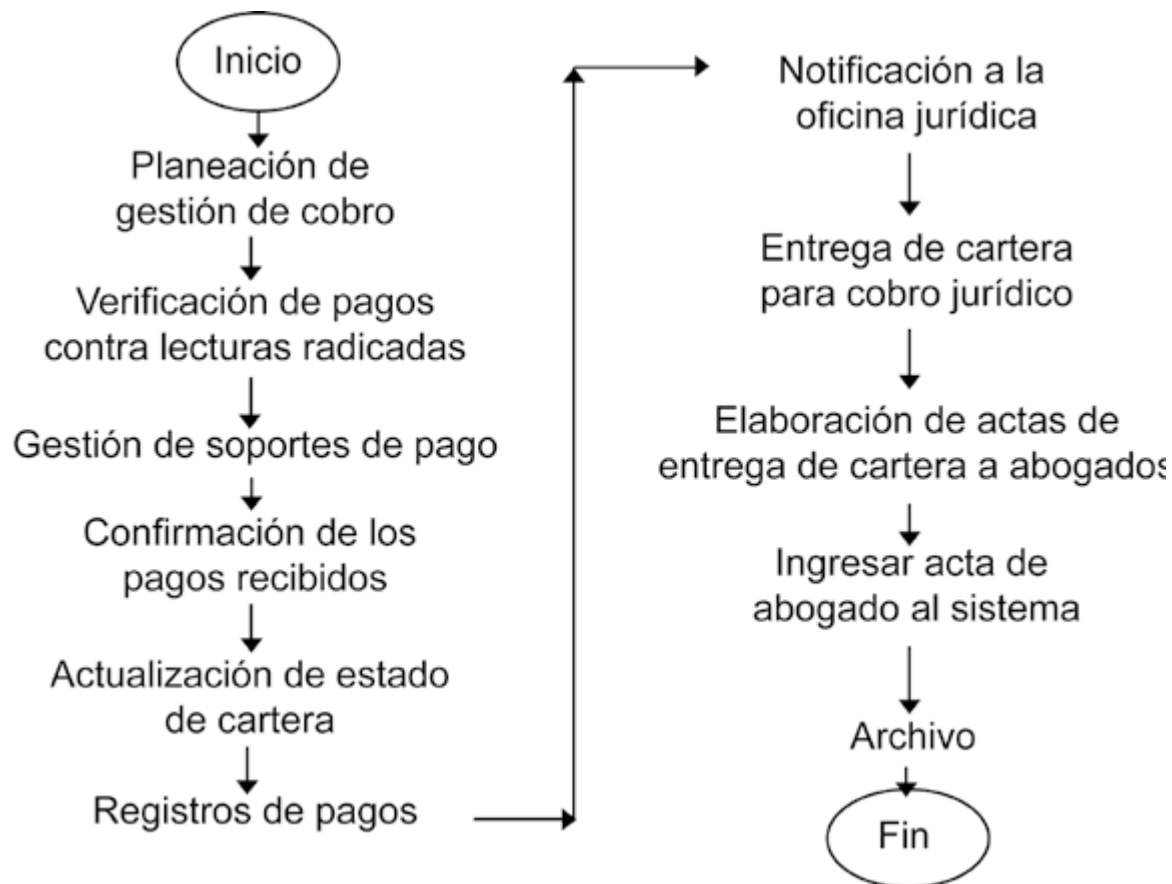
546 de 2017, estableció el 1 de agosto de 2017 como fecha a partir de la cual entrará en operación ADRES.

En virtud de lo anterior, tal y como lo señala la ley, una vez entre en operación la ADRES, se suprimirá el FOSYGA." Tomado del ABC de implementación del ADRES.

Según lo antes mencionado, nos encontramos en la actualidad en pleno proceso de implementación. Debemos estar preparados.

Gestión de la cartera rotación, edad de la cartera, reportes de cartera.

La Gestión de la cartera es muy importante en una empresa, y ésta se realiza con el ánimo de recuperar de manera pronta la inversión realizada como el capital de trabajo y garantizar liquidez de la entidad. Esta tarea debe ser trabajada de forma eficiente y responsable porque puede implicar la pérdida de recursos, puesto que se está financiando a los clientes con los recursos de infraestructura, talento humano y financiero propios.



En el flujograma anterior se describen las acciones para el cobro de cartera incluyendo el inicio de un cobro jurídico. La Institución Prestadora de un Servicio de Salud IPS tiene total libertad de utilizar todos los métodos legales disponibles para garantizar el cobro efectivo de su facturación radicada.

Las entidades después de prestar un servicio deben ejercer persuasión para recuperar esas cuentas por cobrar y clasificar el tiempo de su cartera en 30, 60 y 90 días.

También existen cuentas de difícil cobro que se catalogan por este nombre por haber agotado todos los mecanismos implementados para el cobro.

Glosario

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

Conciliación: Mecanismo de solución de conflictos, en este caso entre el que cobra y paga la prestación del servicio de salud. A través del cual, dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador. Debe quedar registro de la acción a través de un acta.

Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de Epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple los requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Historia Clínica (HC): Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológica-

mente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Prestación individual de servicios de salud: Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, o por fuera de este.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos

que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Registros específicos: Son los documentos en los que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención y varía según el servicio que se presta.

Respuesta a Glosas y Devoluciones: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

RIPS (Registro Individual de la Prestación de Servicio de Salud): Provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS y POSS).

Igualmente el objetivo del registro es facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (prestadores) mediante la presentación del detalle de la factura de venta de servicios en medio magnético, con una estructura, que al ser estándar, facilita la comunicación y los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, independientemente de las soluciones informáticas que cada prestador utilice.





Bibliografía

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud*. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo*. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Agosto de 2008). *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago*

de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Recuperado de: www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf

Ministerio de la Protección Social. (19 de diciembre de 2012). *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009*. Recuperado de: <https://actualicese.com/normatividad/2012/12/19/concepto-253916-de-19-12-2012>

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2015). *Procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado*. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=,Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%206%20de%20mayo%20de%202015

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016). *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Incluye los anexos técnicos*. Recuperado de:

www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%2026%20de%20diciembre%20de%202016

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de abril de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS*. Recuperado de:

www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%2011%20de%20abril%20de%202017

Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de mayo de 2017). *Por la cual se sustituye el Anexo 2 “Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de:

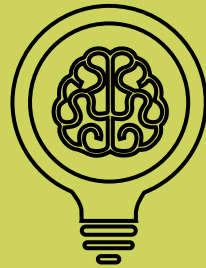
www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%202022%20de%20mayo%20de%202017



ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, COMPARTIR IGUAL

Este material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.





Créditos

PROGRAMA	Facturación de los Servicios en Salud
NOMBRE DEL OBJETO	Facturación del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia.
EXPERTO TEMÁTICO	Claudia Patricia Velásquez Orozco
DISEÑADORA GRÁFICA	Zulma Rocio Bravo Jimenez William Francisco Castiblanco Sierra
PROGRAMADORA	Zulma Milena Patiño Cardenas
GUIONISTA	Héctor Salinas Castellanos
Y PRODUCTOR DE MEDIOS AUDIOVISUALES	Dolly Esperanza Parra Lozano
ASESORA PEDAGÓGICA	Yuri Alexandra Báez Roldan
LÍDER DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN	Zulma Yurany Vianchá Rodríguez