

**IDENTIFICACION DE FALLAS Y PRESENTACION DE OPORTUNIDADES DE
MEJORA POR DEVOLUCIONES EN LA IPS SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ
LIMITADA AÑO 2016**

RAFAEL HUMBERTO GONZÁLEZ

TORRES

RESUMEN

Se realizó un análisis causal de las principales glosas, con el fin de elaborar un plan de mejoramiento tendiente a solucionar o minimizar el manejo y administración de glosas en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), este debe ser un proceso primordial por las implicaciones que tiene para la entidad, debido a que operan en un complejo modelo de mercado abierto de servicios, con sistemas que permitirán el cobro a los responsables del pago, evitando pérdidas económicas derivadas de las objeciones al pago y la falta de concordancia entre los

servicios facturados y los cobrados; abarcando toda la información financiera de la entidad y por ende la oportunidad y calidad de su gestión. Por tanto, se buscaba tener una información precisa y objetiva sobre el tipo de glosas más frecuentes en una institución prestadora de servicios de salud del segundo nivel de complejidad en el Municipio de Duitama, con el fin de generar un aporte acertado para la toma de decisiones tanto para la parte administrativa (financiera) como asistencial.

ABSTRACT

A causal analysis of the main glosses was made, in order to elaborate an improvement plan aimed at minimizing the

management and administration of glosses in a Health Services Provider Institution (IPS). This should be a primary process given the Implications for the entity, because they operate in a complex open market model of services, with systems that allow payment to those who are responsible for payment, avoiding economic losses resulting from objections to payment and lack of consistency between services invoiced and collected; Covering all the financial information of the entity and therefore the opportunity and quality of its management. Thus, I sought to have accurate and objective information on the type of glosses most frequent in a health service provider of the second level of complexity in the Municipality of Duitama, in order to generate a correct contribution for decision making for both, the administrative (financial) part and Assistance.

INTRODUCCION

En la actualidad las Institución Prestadora Servicios de Salud, se han visto afectadas por la falta de regulación de relaciones entre los prestadores de servicios y las entidades responsables de pago, generando un problema en lo que respecta a la parte de glosas, por lo que a la Auditoria Médica de Cuentas, se encuentra la posibilidad de registrar, en forma ordenada, las operaciones que diariamente realiza una empresa; en este caso una institución prestadora de servicios de salud; abarcando a nivel financiero y administrativo actividades como facturación, manejo de manuales tarifarios, manejo de normatividad, indicadores de gestión y manejo de sistemas de información.

En cuanto a la contratación con entidades prestadoras de servicios de salud diferentes; para tal caso se encuentra el manejo de glosas, siendo estas las

objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: Empresas promotoras de salud - EPS, Administradoras del régimen subsidiado – ARS, Compañías de seguros, Direcciones seccionales de salud y otras IPS¹.

Así pues, cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, entre otros, la entidad contratante devolverá la cuenta a la IPS para su corrección y los prestadores de servicios de salud, tendrán la obligación de

aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido; siendo este un proceso que se hace en toda entidad sin importar si es de carácter público o privado; a nivel nacional, departamental, municipal y regional; en cualquier nivel de atención o complejidad que presente la entidad.

En esta ocasión, se busca identificar las glosas más frecuentes para el año 2016 en la IPS Sociedad Clínica Boyacá Limitada de Duitama, con el fin de generar una oportunidad de mejoramiento en cuanto a el trabajo administrativo, financiero y asistencial; para la mitigación de estos tipos de glosas y mejoramiento en cuanto a este proceso dinámico en el desarrollo y proceso de gestión de cuentas médicas de dicha institución.

Al terminar se desea generar una actitud reflexiva que permita el cambio, reconociendo las falencias existentes en este proceso, que inicia desde el ámbito

¹ Colombia. Ministerio de la Protección Social. “ANEXO TÉCNICO No. 6. MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACION” Resolución 3047 de 2008.

asistencial, con el fin de crear mejoras en la I.P.S. sujeta al estudio; que ha mediano plazo permitirá una mejora facturación y disminución en las glosas presentadas por las entidades prestadoras de servicios de salud según los contratos de prestación de servicios existentes.

PALABRAS CLAVES

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por presentación 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

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 con 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

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 de 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 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.

ARL: Administradora de Riesgos
Laborales

EPS-S: Entidad Prestadora de Salud del
Régimen Subsidiado

ATEP: Accidente de Trabajo y
Enfermedades Profesionales

CNSSS: Consejo Nacional de
Seguridad Social en Salud

DLS: Dirección local de salud

DSS: Dirección Seccional de Salud

ECAT: Eventos Catastróficos y
Atentados Terroristas

EPS: Empresa Promotora de salud

ESE: Empresa Social del Estado

FOSYGA Fondo de Solidaridad y
Garantía

IPS: Institución Prestadora de Servicios

POS: Plan Obligatorio de Salud

POS-C Plan Obligatorio de Salud del
Régimen Contributivo

POS-S Plan obligatorio de salud del
régimen Subsidiado

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISBEN Sistema de selección de beneficiarios a subsidios

SOAT Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito

UPC Unidad de pago por capitación

MARCO LEGAL

El sistema de Seguridad Social de salud en Colombia, se encuentra sustentado en un marco normativo, dentro de las normas más importantes que lo reglamentan son las siguientes

- ✓ Ley 100 de 1993, Libro II, “El sistema de Seguridad Social en Salud “
- ✓ Ley 1122 / 2007, por medio de la cual se reforma la Ley 100 de 1993
- ✓ Resolución 3047/2008 Define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a

implementar en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto ley 2753 /97 “Se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en SGSSS “

- ✓ Decreto 723 /97 Establece el marco en el que se debe dar la contratación facturación y pago de cuentas entre las EPS y las IPS. Establece términos para la presentación, revisión y pago de cuentas cuando no se pacten a través de contratos
- ✓ Decreto 1281 /2002 Se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.
- ✓ Decreto 3260 de 2004 “por lo cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema

General De Seguridad Social en Salud.

✓ Resolución 1132 de 2017

METODOLOGIA

Se realizó un análisis del proceso de glosas en el año 2016 en la IPS Sociedad Clínica Boyacá limitada, donde se identificaron las principales fallas en el proceso así como las principales causas de objeciones presentadas en la facturación durante ese año, en forma descriptiva retrospectivo

El método del proceso de glosas que se va a realizar es basado en la metodología causa efecto donde se va a evaluar cada una de las actividades del proceso, para identificar las fallas y poder presentar oportunidades de mejora.

Una vez recolectada la información, proveniente del proceso de glosas, auditoría médica, cartera, se analizaron las

principales causas de glosa y las principales fallas con el fin de presentar un plan de mejoramiento.

No existe el cargo de dirección médica, lo que facilitaría el proceso de retroalimentación con el personal médico y paramédico para establecer correctivos y minimizar la glosa en lo referente a pertinencia médica, soportes, ilegibilidad de la historia clínica.

No existe el cargo de revisoría de cuentas médicas (preauditoria) lo que minimizaría el porcentaje de glosas, durante esta revisión se detectan falencias antes de radicar las cuentas permitiendo que se radiquen las facturas sin errores

PROCEDIMIENTO

Las objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las

cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como Empresas promotoras de Salud - EPS, Administradoras del régimen subsidiado-ARS, Compañías de seguros, Direcciones seccionales de salud y otras IPS

Para un adecuado manejo y gestión de glosas, es necesario que en el contrato de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente

La comunicación de la glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalente glosados, donde se especifique número del documento, nombre del usuario, servicio glosado y causa de glosa.

Adicionalmente, debe traer anexos las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios. Relacionado en la resolución 3047 de 2.008.

La IPS debe establecer el procedimiento para la recepción y trámite de glosas, en el que se considere la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación y las acciones a seguir, en caso de incumplimiento.

Para establecer claramente la fecha de recepción de la glosa por parte de la IPS, el funcionario encargado de esta labor, debe dejar constancia en el original, consignando su nombre y firma, así como la fecha y hora de recibo.

Simultáneamente deben reportarse a contabilidad para que se efectúe el correspondiente registro contable de la presentación de la glosa.

Las glosas deben registrarse en cuentas de orden deudora de control, en el momento en que se presentan, independientemente que sean o no, subsanables.

RESPUESTA DE GLOSAS

Todas las glosas presentadas por las entidades contratantes, deben ser respondidas por la IPS, independientemente que sean o no subsanables.

La omisión en la respuesta a las glosas presentadas, además de causar las sanciones previstas legalmente en el decreto 723 /2007, evidencia una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución. En la respuesta debe relacionarse, las glosas aceptadas, el número de la factura o documento equivalente afectado, el valor y la denominación del servicio descontado;

cuando haya lugar a correcciones o aclaraciones , deben anexarse los soportes pertinentes.

Las glosas no aceptadas deben detallarse con sus respectivas explicaciones.

La IPS debe responder las glosas dentro de los términos pactados en el contrato de prestación de servicios; cuando no exista especificación alguna al respecto, debe aplicarse lo establecido en las normas existentes.

Es necesario dejar constancia de la fecha de entrega de la respuesta a las glosas, para certificar su presentación dentro de los términos establecidos

Una vez presentada la respuesta a las glosas, es necesario registrar el monto de aquellas que han sido aceptadas y hacer las anotaciones pertinentes en el registro consecutivo de cuentas de cobro, con el fin

de establecer el valor final de las mismas descontadas las glosas, e informar a contabilidad sobre las modificaciones realizadas en los documentos equivalentes afectados, adjuntando la nota débito o crédito correspondiente para su contabilización

RATIFICACION DE LAS GLOSAS

Cuando la entidad contratante, reitera las objeciones presentadas a la cuenta de cobro y no es posible establecer responsabilidades, debe recurrirse a lo establecido en las cláusulas contractuales para la solución de conflictos.

CAUSAS DE GLOSAS MÁS

FRECUENTES EN EL AÑO 2016

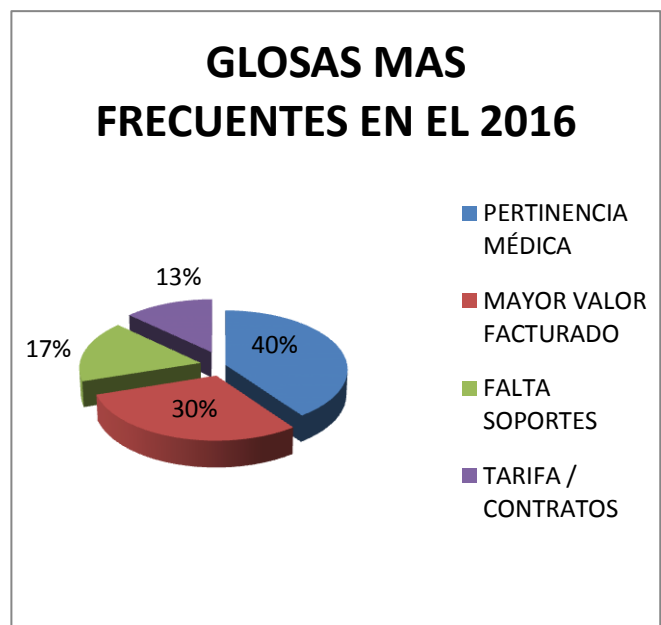
El 40% de las glosas que se registraron en el año 2016 fue por pertinencia médica, lo que incluye ayudas diagnósticas no justificadas, no coherencia entre el diagnóstico y la historia clínica,

diagnósticos incompletos, y no interpretación de las mismas en la historia clínica.

Un 30% corresponde a Mayor Valor Facturado (MVF), en transporte en ambulancia, material médico quirúrgico (insumos – medicamentos)

El 17% corresponde a falta de soportes (Ayudas diagnósticas, FURIPS)

El porcentaje restante corresponde a tarifas, relacionada con contratos



ENTIDADES CON MÁS GLOSAS

La IPS, de acuerdo a sus contratos factura en su mayor parte en la modalidad de CONJUNTOS DE ATENCIÓN

- EPS NUEVA EPS, es la primera entidad en realizar glosas de acuerdo a conjunto de atención 135
- Las ASEGURADORAS FAMISANAR EPS como la segunda entidad en realizar glosas conjunto de atención 85
- GRUPO SANITAS (EPS SANITAS – COLSANITAS) en tercer lugar con 80 paquetes de atención
- En cuarto lugar se encuentra FAMISANAR EPS quien realiza glosas por conjunto de atención con un número de 40



MARCO TEORICO

El objetivo de esta investigación relacionada con las, devoluciones, glosas, es identificar las entidades que generan más objeciones a la IPS, afectando el flujo de caja.

OBJETIVO GENERAL DEL PROCESO DE GLOSAS

Responder oportunamente la totalidad de las devoluciones de acuerdo a la

objeción realizada por la entidad pertinente.

Crear mecanismos de retroalimentación con las áreas que intervienen en el proceso (Médicos, Personal de Facturación, Admisiones, autorizaciones)

OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL AREA DE GLOSAS

De acuerdo a la investigación, la estructura recomendada para conformar el departamento de glosas es: un jefe de área, auditor médico, auditor técnico de glosas, auxiliar trámite de glosas y auxiliar de cartera.

Este personal debe recibir capacitación constante en la normatividad vigente, modalidad de convenios, manuales tarifarios, nuevos acuerdos y disposiciones de las empresas y/o clientes. Además debe contar con tecnología que le permita cruzar información, depurar y actualizar cartera y

generar informes confiables para que la gerencia pueda tomar decisiones.

TIPOS DE GLOSAS

Pertinencia Médica, Por anexos, Mayor valor cobrado, Error en Liquidación, Error en tarifas

CAUSAS DE GLOSAS MÁS FRECUENTES

Glosas por pertinencia y racionalidad médica. Falta de pertinencia técnico científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados atención de urgencias, hospitalización y ambulatoria

Glosas técnicas. Por no anexar soportes a la factura (administración de Medicamentos, examen de laboratorio con resultados, imágenes diagnósticas y patologías, Actividades o procedimientos Médicos)

Glosas más frecuentes. Glosas Manual Tarifario: tarifas SOAT porque los valores cambian anualmente Con el ajuste salarial, tarifas ISS por mayor valor cobrado.

Glosas por descuentos pactados. No hay derecho a conciliar, se tiene presente lo pactado en el contrato

Glosas por copagos y cuotas moderadoras, valores que no son cobrados al usuario por parte de la IPS, el cual se debe aceptar

Glosas por no estar incluido el concepto en el POS (Medicamentos, actividades, intervenciones, procedimientos)

Glosas por capitación. Por Número de usuarios reportados (compensados en el régimen contributivo y efectivamente carnetizados- POS y por diferencia en el porcentaje de UPC pactado en el contrato

Hay otras glosas frecuentes como:
Prestación de servicios adicionales a los establecidos en el contrato, documentos sin firma del paciente, documentos enmendados, sin diligenciar o mal diligenciados y falta de información estadística

DISPOSICIONES COMUNES

* Cancelación total de las cuentas no glosadas

La IPS tiene plazo hasta el 20 de cada mes para la radiación de las facturas en las entidades pagadoras

Las entidades responsables del pago de salud dentro de los treinta días hábiles siguientes a la presentación de las facturas con todos los soportes, formularan y comunicaran a los prestadores de servicios de salud las glosas y/o devoluciones de cada factura, con base en la codificación y

alcances definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas y/o devoluciones presentadas dentro de los 15 días hábiles siguientes a su recepción

La entidad responsable de pago en los 10 días hábiles siguientes decide si se levanta total o parcialmente las glosas y/o devoluciones o si las deja como definitivas

Los valores de las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los 5 días hábiles siguientes informando de este hecho al prestador de servicios de salud

En ningún caso podrá entenderse que el no cumplimiento de los plazos estipulados exonera a la EPS de cancelar los servicios efectivamente prestados, ni al prestador de los servicios de restituir aquellos dineros facturados y objetados o no recibidos, que hubieran sido entregados por la EPS

Las cuentas de cobro pueden glosarse total o parcialmente, dependiendo de la causa que originó la glosa Totalmente, si involucra toda la cuenta e impide la aceptación de los servicios prestados. Parcialmente, cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos, estando la entidad contratante en la obligación de aceptar y reconocer el pago de los servicios no glosados. (Decreto 4747 de 2.007)

PROCEDIMIENTO

ADMINISTRATIVO Y CONTABLE DE LAS DEVOLUCIONES

Estas objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como Empresas promotoras de Salud - EPS,

Administradoras del régimen subsidiado-ARS, Compañías de seguros.

(Anexo técnico No. 5, resolución 3047 de 2.008).

PRESENTACION DE DEVOLUCIONES

Para un adecuado manejo y gestión de devoluciones y/o glosas, es necesario que en el contrato de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente

La comunicación de la devolución o glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalente objetados, donde se especifique número del documento, nombre del usuario y causa de la misma.

Adicionalmente, debe traer anexos las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios.

TRÁMITE

Recepción de Devolución La IPS debe establecer el procedimiento para la recepción y trámite de devolución, en el que se considere la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación y las acciones a seguir, en caso de incumplimiento

Para establecer claramente la fecha de recepción de la devolución por parte de la IPS, el funcionario encargado de esta labor, debe dejar constancia en el original, consignando su nombre y firma, fecha y hora de recibo

El proceso de recepción de las devoluciones se termina con su registro en un instrumento que debe ser diseñado para tal fin y que puede ser complementario, o el mismo registro consecutivo de cuentas

de cobro presentadas, al cual se le han acondicionado las casillas pertinentes

Distribución de las Devoluciones. Una vez recibidas y registradas, se procede a hacer un análisis para verificar la causa, con el fin de determinar a qué área, o funcionarios deben remitirse para su solución, o si por el contrario, pueden resolverse en la misma unidad receptora de auditoría de glosas. La distribución o remisión de la documentación aportada, debe realizarse de manera inmediata, para que los diferentes responsables, cuenten con el tiempo necesario para el análisis y la realización del trámite requerido, garantizando el oportuno recaudo de la cartera

Simultáneamente deben reportarse a contabilidad para que se efectúe el correspondiente registro contable.

Las devoluciones y/o glosas deben registrarse en cuentas de orden deudora de

control, en el momento en que se presentan, independientemente que sean o no subsanables

Asumiendo que la factura glosada es en cumplimiento de un contrato de prestación de servicios con una EPS, para la atención del Plan obligatorio de Salud, POS, el registro que debe efectuarse, es el siguiente:

RESPUESTA DE DEVOLUCIONES Y GLOSAS

Todas las objeciones presentadas por las entidades contratantes, deben ser respondidas por la IPS, independientemente que sean o no subsanables

La omisión en la respuesta, además de causal de sanciones previstas legalmente en el decreto 723 /2007, evidencia una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio

económico y de la gestión de la institución. En la respuesta debe relacionarse , las objeciones aceptadas, el número de la factura o documento equivalente afectado, el valor y la denominación del servicio descontado; cuando haya lugar a correcciones o aclaraciones, deben anexarse los soportes pertinentes.

Las objeciones no aceptadas deben detallarse con sus respectivas explicaciones.

La IPS debe responder las devoluciones y/o glosas dentro de los términos pactados en el contrato de prestación de servicios; cuando no exista especificación alguna al respecto, debe aplicarse lo establecido en las normas existentes.

Es necesario dejar constancia de la fecha de entrega de la respuesta a las glosas, para certificar su presentación dentro de los términos establecidos.

Una vez presentada la respuesta, es necesario registrar el monto de aquellas que han sido aceptadas y hacer las anotaciones pertinentes en el registro consecutivo de cuentas de cobro, con el fin de establecer el valor final de las mismas descontadas las glosas, e informar a contabilidad sobre las modificaciones realizadas en los documentos equivalentes afectados, adjuntando la nota débito o crédito correspondiente para su contabilización

RATIFICACION DE LAS GLOSAS

Cuando la entidad contratante, reitera las objeciones presentadas a la cuenta de cobro y no es posible establecer responsabilidades, debe recurrirse a lo establecido en las cláusulas contractuales para la solución de conflictos.

METODOLOGIA

UNIVERSO

Se realizó un análisis del proceso de devoluciones en el año 2016 en la IPS SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ LTDA, donde se identificaron las principales fallas en el proceso así como las principales causas de objeciones presentadas en la facturación durante el año 2016

TIPO DE ESTUDIO

El estudio que se realizó es descriptivo retrospectivo.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Una vez recolectada la información proveniente del proceso de devoluciones, auditoría técnica y médica, cartera, contabilidad y servicio de facturación de la IPS SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ

LTDA, se analizaron las principales causas de devoluciones, identificando las principales fallas en el proceso basado en la metodología diagrama causa efecto, a fin de presentar un plan de mejoramiento

METODO DE ANALISIS

El método de análisis del proceso de devoluciones que se va a realizar es basado en la metodología diagrama causa efecto donde se va a evaluar cada una de las actividades del proceso, para identificar las fallas y poder presentar oportunidades de mejora

En la IPS SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ LTDA, se realizó un diagnóstico básico para identificar las principales fallas en el proceso estudiado que afecta el estado financiero y el flujo de caja efectivo de la empresa.

Para esta, investigación se estableció contacto directo con los funcionarios de

cada área que conforma el departamento de Auditoria Medica para identificar las principales fallas en el proceso y los aspectos objeto de monitoreo, que afectan la estabilidad económica de la IPS SOCIEDAD CLÍNICA BOYACÁ LTDA, debido a que muchas de las fallas detectadas son un efecto de otro problema mayor.

HALLAZGOS DE AUDITORIA

TALENTO HUMANO

Los hallazgos que se detectaron en este aspecto no son tan negativos.

No existe una persona idónea de tiempo completo en el cargo de auxiliar de trámite de glosa, retrasando la primera fase del proceso.

No existe el cargo de dirección médica, lo que facilitaría el proceso de retroalimentación con el personal médico,

para establecer correctivos y minimizar las devoluciones en lo referente a pertinencia médica, soportes, ilegibilidad de la historia clínica.

No existe el cargo de revisoría de cuentas médicas (pre auditoria) lo que minimizaría el porcentaje de objeciones, durante esta revisión se detectan falencias antes de radicar las cuentas permitiendo que se radiquen las facturas sin errores

TECNOLOGIA

La sistematización de la información ha traído beneficios a la institución; sin embargo, se ha detectado algunas falencias en cuanto al cruce de información para depurar la cartera, para realizar custodia de la historia clínica, para así determinar en qué fase del proceso está la glosa.

METODOS

Los hallazgos encontrados en este ítem son negativos

El proceso de respuesta de objeción se encuentra desactualizado ya que no era real el dato, entre las devoluciones incluidas en el sistema, comparando con la existencia de las devoluciones no incluidas, las cuales permanecían archivadas en cajas sin ser tenidas en cuenta.

También se detectaron deficiencias en el proceso de comunicación interpersonal entre el grupo de trabajo (contabilidad – cartera y glosas) con respecto a las funciones que cada área debía cumplir y afectaban de forma directa los otros departamentos, como la no depuración oportuna de los pagos realizados por parte de contabilidad para que el departamento cartera pudiera tener un dato real de las facturas pendientes por cancelar.

No existen mecanismos adecuados de retroalimentación que facilite la socialización de los cambios y actualizaciones implementadas.

Se evidencia además inconsistencias en las bases de datos, se han venido realizando acciones de mejora con las EPS en relación a esto ya que se afecta directamente el departamento de Auditoría. Se presentan continuas devoluciones de las facturas por usuarios inactivos, a los que se les prestó el servicio.

El departamento de sistemas no está cargando las bases de datos en los primeros (5) cinco días de cada mes lo que conlleva a que se brinde atención a los usuarios que finalmente no son cancelados por no estar activos en la base definitiva

Se encontró que aproximadamente el 40% de glosas no está incluido en el proceso de respuesta, por falta de

eficiencia en la persona que desempeñaba el cargo debido a recarga laboral, la cual en su mayor parte no tiene relación con cargo contratado.

No hay evidencia física con respecto a la socialización del proceso, entre los integrantes de las áreas comprometidas, que soporte el cumplimiento de las responsabilidades y funciones establecidas para cada cargo caracterizadas por el departamento de calidad de la IPS.

PROCESO

Estos ítems son negativos

No existe un cronograma de trabajo en el departamento de Auditoria que clasifique por orden de prioridad y actividades.

No existe un proceso de respuesta a las devoluciones formalmente definido.

No existe un responsable del proceso de devoluciones quien se encargue de establecer indicadores de gestión, de medirlos, de hacer seguimiento al cumplimiento de los mismos

No existe Capacitación sobre el proceso e instructivos después de actualizar el sistema al personal encargado en el área de Auditoria

No existe un mecanismo para Evaluar el comportamiento de los funcionarios de cada área que tiene que ver de una u otra forma con el departamento de Auditoria

La relación entre departamento de facturación y contabilidad es impersonal debido a la a la falta de comunicación entre los funcionarios encargados de cada área.

CONCLUSIONES

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Se identificaron algunos hallazgos irreales, lo que enmascara el porcentaje real de devoluciones ya que no se había incluido la totalidad de las facturas en el proceso, luego no existía datos actuales y veraces que sirvieran de herramienta para establecer indicadores de gestión e informes a la alta gerencia

Se debe contratar una persona idónea de tiempo completo para realizar la auditoría técnica de las devoluciones y/o glosas

Se debe y actualizar el Software que cumpla con los requerimientos necesarios de acuerdo a las exigencias de la IPS. (Cruzar cartera con contabilidad– facturación y glosas) de manera que este enlace permita obtener información real y oportuna al momento de requerirlo

Socializar el proceso entre los integrantes de las áreas comprometidas, de manera que su implementación de resultado esperado.

No existen mecanismos adecuados de retroalimentación que facilite la socialización de los cambios y actualizaciones implementadas, lo cual se lograría a través de:

Reuniones periódicas con el personal de auditoría, facturación, cartera, admisiones, de manera que se retroalimente la información sobre los principales motivos de devoluciones, cláusulas contractuales, solicitud de autorizaciones de acuerdo a la normatividad vigente con el fin de establecer planes de mejora

Inducción al personal asistencial y administrativo al momento del ingreso a la institución

Evaluar periódicamente al personal de cada área comprometida de manera que le

permita a la gerencia tomar decisiones eficaces con respecto a la continuidad de los funcionarios en el cargo

FORTALEZAS

Apoyo por parte de la gerencia para establecer planes de mejora lo que ha permitido el crecimiento de la empresa

Recurso Humano motivado y capaz

El compromiso por parte de los coordinadores de las áreas para socializar los procesos de actualización: Admisiones, Facturación, Cartera y Glosas, lo que permite retroalimentación y establecimiento de correctivos a corto plazo en las dependencias a su cargo

BIBLIOGRAFIA

COLOMBIA. EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, LEY 100 Diciembre 23 de 1993, Por la cual se

crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DECRETO 2753 DE Noviembre 13 1997, Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA. Decreto 4747 de 2007, diciembre 7, por el cual se regulan algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de La población a su cargo

COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA. Anexo Técnico N° 6 por el cual se establece el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas

COLOMBIA. , MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5592 de 2015, Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCION 3047 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

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN

6408 DE 2016, Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 1446 DE 2015, Por la cual se establece los requisitos para el reconocimiento y pago de los recobros y las reclamaciones en virtud de lo dispuesto en el artículo 112 de la Ley 1737 de 2014

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DECRETO 780 DE 2016, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA, LEY 1122 DE ENERO DE 2007 Por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de

Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

COLOMBIA, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 1352 de 2016, Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS

COLOMBIA, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 4678 Noviembre 11 de 2015, Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS y se dictan otras disposiciones

COLOMBIA, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 1328 de 2016 Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y

tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones

COLOMBIA, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 5395 de 2013, Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones.

COLOMBIA, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DECRETO No. 2200 de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.

COLOMBIA, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 5521 de 2013, Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud

COLOMBIA, EL MINISTERIO DE
SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,
RESOLUCIÓN 5261, Agosto 5 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.

COLOMBIA, EL MINISTERIO DE
SALUD, DECRETO 723 DE 1997 Por el
cual se dictan disposiciones que regulan
algunos aspectos de las relaciones entre las
entidades territoriales, las entidades
promotoras de salud y los prestadores de
servicios de salud

COLOMBIA, EL PRESIDENTE
DE LA REPUBLICA, DECRETO 1281 de
Junio 19 De 2002, Por el cual se expiden
las normas que regulan los flujos de caja y
la utilización oportuna y eficiente de los
recursos del sector salud y su utilización
en la prestación

COLOMBIA, EL PRESIDENTE
DE LA REPUBLICA, DECRETO 3260 de
Octubre 07 de 2004 Por el cual se adoptan
medidas para optimizar el flujo de recursos
en el Sistema General de Seguridad Social
en Salud

COLOMBIA, EL MINISTERIO DE
SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,
RESOLUCIÓN 1132 Abril 11 de 2017,
Por la cual se modifica la Resolución 4678
de 2015