
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO</p> <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p> <p>Descripción del procedimiento de verificación y control de las solicitudes de pago por concepto de servicios y/o tecnologías en salud, sin cobertura en el plan obligatorio de salud Documento no Controlado</p>	<p>Elaborado por: Ana Josefa Rodríguez Adriana Ramírez Martín Santiago Romero Carlos Malaver Revisado por: Gloria Inés Pedraza Plazas Alba García Rincón Aprobado por: Guillermo Leonardo Sánchez Ballesteros</p> <p>Control Documental – SIG-</p>	
--	--	--	---

ANEXO No. 2

PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE PAGO POR CONCEPTO DE SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS EN SALUD, SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

El Equipo de Auditoría de Cuentas Médicas de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud de la Secretaría Distrital de Salud, SDS, es el encargado de desarrollar el proceso de verificación y control de las solicitudes recibidas de las EPS, con el objeto de establecer la obligación de pago frente a los servicios y tecnologías no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS), prestados por las IPS a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en Bogotá, D.C., mediante la causación, auditoría, comunicación de resultados de auditoría a las IPS, conciliación de cuentas médicas y saneamiento de cartera de la siguiente manera:

I. CAUSACIÓN

Una de las copias de la factura recibida, será remitida por la Subdirección de Garantía del Aseguramiento a la Dirección Financiera para la creación de la obligación contable con cargo al FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, FFDS.

II. AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

El desarrollo de la auditoría tendrá en cuenta como mínimo:

1. VERIFICACIÓN DE DERECHOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).

La verificación de si le asiste al usuario el derecho al momento de la prestación del servicio, se realizará mediante la consulta de las bases de datos del Comprobador de Derechos de la Secretaria Distrital de Salud (SDS), la pagina Web del DNP, la pagina Web del FOSYGA (BDUA y Afiliados compensados) y la pagina Web de SISPRO.

La factura será devuelta en su totalidad, en caso de no encontrarse identificado el usuario como afiliado al Régimen Subsidiado en Salud en Bogota, D.C.

2. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS NO CUBIERTOS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (NO POS).

Se revisará si el servicio o tecnología cobrado fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por autoridad judicial.

En los casos de CTC, según lo establecido en el parágrafo 1 y 2 del Artículo 9 y literal b y c del Artículo 10 de la Resolución 5395 del 2013, o las normas que lo modifiquen.

En los casos de orden por autoridad judicial se verificará el cobro facturado respecto al contenido de la decisión judicial y se tendrá en cuenta el tiempo establecido en el fallo para la prestación de servicios o tecnologías no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS).

3. DETERMINACIÓN DEL VALOR A PAGAR POR LOS SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS NO CUBIERTOS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (NO POS).

Con el objeto de determinar el valor a pagar, se tendrá en cuenta:

3.1. PARA MEDICAMENTOS:

3.1.1 En el caso que la Tecnología no cubierta por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) sea un medicamento, el valor tope a reconocer en la Factura por el FFDS, es el valor máximo autorizado por la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPM) para la fecha de la atención.

3.1.2 Si para la fecha de la atención del usuario, el precio de la Tecnología (Medicamento) no esté regulado, el valor se tomará de la lista de Medicamentos de la Secretaria Distrital de Salud vigente para la fecha de atención.

3.1.3 Si la Tecnología (Medicamento) no tiene valor máximo de referencia por la CNPM y/o la Secretaria Distrital de Salud, se tomará como referencia el valor del SISMED de la siguiente Manera:

3.1.3.1 Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por **atenciones intrahospitalarias** (Urgencias, Hospitalizaciones o Procedimientos médico - quirúrgicos) se tomará la columna de **Precio** de la referencia **COMPRAS** en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio. Se obtendrá el valor promedio entre cuatro a cinco referencias, sin tener en cuenta los valores extremos (ni los más bajos ni lo más altos) y el resultado obtenido es el que se debe aplicar como valor del medicamento.

3.1.3.2 Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por **atenciones ambulatorias o fórmulas médicas** (Extrahospitalaria) se tomará la columna de **MAYORISTA Precio** de la referencia **VENTAS CANAL INSTITUCIONAL** en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio. Se obtendrá el valor promedio entre cuatro a cinco referencias, sin

tener en cuenta los valores extremos (ni los más bajos ni lo más altos) y el resultado obtenido es el que se debe aplicar como valor del medicamento.

3.2 PARA INSUMOS:

Se reconoce el valor de la factura de compra del proveedor más el 12% por gastos administrativos.

3.3 PARA PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS O DIAGNÓSTICOS:

Para los Servicios o Tecnologías no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) correspondientes a Procedimientos Terapéuticos o Diagnósticos el valor máximo a reconocer por la SDS son las establecidas en el Decreto 2423 de 1996 (Tarifario SOAT), vigente para la prestación del servicio.

Si el Servicio o Tecnología cobrada no se encuentra registrada o codificada en el Decreto 2423 de 1996, El valor facturado por la IPS, se comparará con el precio promedio del mercado para Bogotá, D.C. para el año de la prestación del servicio.

3.4 PARA CONJUNTO INTEGRAL DE SERVICIOS (PAQUETE)

Cuando el Servicio o Tecnología no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) es un Conjunto Integral de Servicios (paquete), la IPS anexará el detallado del contenido por Servicio o Tecnología de forma individual y las cantidades incluidos en este; si contiene insumos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) la IPS anexará la Factura de Compra del Proveedor que suministro la Tecnología.

Si el detallado contiene servicios o tecnologías cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud (POS), serán descontados al valor establecido en el Decreto 2423 de 1996 para el año de la prestación del servicio.

Si el Conjunto Integral de Servicios (paquete) no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) no está registrado o codificado en el Decreto 2423 de 1996, el valor facturado por la IPS, se comparará con el precio promedio del mercado para Bogotá, D.C. para el año de la prestación del servicio.

En caso de que la IPS, no esté de acuerdo con la metodología de reconocimiento del valor de la tecnología tipo Medicamentos o Insumos en salud no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (POS), la SDS reconocerá el valor de la factura de compra de la Tecnología de salud, la que se liquidará con un ajuste del 12% sobre el valor registrado en la compra.

4. APLICACIÓN Y DESCUENTO DEL COMPARATIVO ADMINISTRATIVO (HOMOLOGO) AL SERVICIO O TECNOLOGÍA NO CUBIERTO POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS).

La SDS verificará los comparadores administrativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la realización del descuento del valor del homologo incluido en el POS. De no encontrarse la Tecnología en este listado, se procederá a tomar la Tecnología de última generación incluido en el Plan Obligatorio de Salud. En el caso que la Tecnología sea un medicamento se tomará el de la indicación Terapéutica (patología) sin importar el grupo farmacológico.

Los Servicios o Tecnologías NO POS (incluidos los paquetes o conjuntos de atenciones integral), que en el proceso de auditoria de cuentas médicas se evidencie que contiene uno o varios Servicios o Tecnologías incluidas en el POS, se descontarán del valor facturado por la IPS, por corresponder su reconocimiento a la EPS Subsidiada.

El valor del Comparador Administrativo (homólogo) utilizado para el reconocimiento de la Tecnología tipo Medicamento no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) utilizará el mismo procedimiento descrito en los literales 3.1.3.1 y 3.1.3.2. para el valor máximo a reconocer en la Factura por la SDS, cuando no tiene valor máximo de referencia por la CNPM y/o La Secretaria Distrital de Salud

5. RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS TIPO MEDICAMENTO NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD QUE NO PRESENTAN INDICACIÓN INVIMA PARA EL GRUPO ETARIO O LA PATOLOGÍA A LA CUAL FUE FORMULADA.

En los casos que la IPS habilitada formule un medicamento sin indicación registrada en el INVIMA para la patología o grupo etario del usuario registrado en la factura, la SDS verificará el Acta de Comité de Farmacia y Terapéutica según lo estipulado en el Artículo 22 del Decreto 2200 de 2005, que apruebe el uso del Medicamento y la dosis para el usuario.

6. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA AUDITORÍA.
 - a. Que el servicio o tecnología suministrada al usuario, objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el POS para la fecha de prestación del servicio.
 - b. Que el servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.
 - c. Que el servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue efectivamente suministrado al usuario.
 - d. Que el reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el POS compete a la Entidad Territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.
 - e. Que los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.
 - f. Que el valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas en la Resolución 1479 del 6 de Mayo de 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, o las normas que la modifiquen.
 - g. Que la cuota de recuperación, esté descontada en la factura del prestador según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y en el Decreto 345 de 2008 (Gratuidad) o en las normas que lo modifiquen o adicionen.

7. TÉRMINOS PARA REALIZAR LA AUDITORIA DE LOS SERVICIOS O TECNOLOGÍAS NO CUBIERTOS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (NO POS).

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, desarrollará la auditoría y preparación de comunicación de resultados con destino a la IPS, teniendo en cuenta la codificación de la glosa y devolución de que tratan las Resoluciones 3047 de 2008, 416 de 2009 y 4331 de 2012, o las normas que las modifiquen.

III. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE AUDITORÍA Y CONCILIACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS.

El resultado de la auditoría será comunicado por la SDS a la IPS, mediante correo electrónico y correo certificado.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por la SDS, dentro de los 30 días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

La SDS, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

En el evento de cumplirse el plazo sin recibirse respuesta de la IPS, se reiterará la solicitud de su respuesta por una única vez, dentro de un último plazo de 15 días, contados a partir de la fecha de emisión del oficio de reiteración. De no recibirse respuesta en este segundo y último plazo se informará sobre la gestión desarrollada a la Superintendencia Nacional de Salud.

IV. SOPORTE PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO

El resultado de la conciliación de los resultados auditoría, materializado en el ACTA DE CONCILIACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS, se constituye en el soporte para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud, sin cobertura en el plan obligatorio de salud, con cargo al FFDS.

V. SANEAMIENTO DE CARTERA Y SANEAMIENTO CONTABLE

La SDS desarrollará con la IPS, de manera permanente la depuración del estado de cartera. El estado de cartera conciliado entre las partes, SDS-IPS, o los paz y salvos obtenidos a favor del FFDS, serán remitidos por la Subdirección de Garantía del Aseguramiento a la Dirección Financiera de la SDS para la respectiva actualización o registro del movimiento contable en los estados financieros del FFDS.

^{i i} Documento no controlado por periodo de vigencia de la Resolución Distrital 1016 de 2015.