

Consolidado de Soportes para Auditoría de Cuentas Médicas No PBS

OBJETIVO

1. Definir y consolidar los soportes que son necesarios para la auditoria de la cuenta medica de tecnologías en salud NOPBS.

TÉRMINOS A TENER EN CUENTA

1. Tipo de tecnologías: Para el ADRES las tecnologías en salud están clasificadas así:
- a. Medicamentos.
 - b. Procedimientos.
 - c. Actividad: Ayudas diagnosticas con análisis de resultados y que no representan una actividad multidisciplinaria (laboratorios, anatomopatológicos, radiología simple, tomografías, resonancias o exámenes complementarios como ecografías, diagnostico cardiovascular no invasivo, entre otros).
 - d. Dispositivos o servicios complementarios.
2. Tipo de prescripción en el aplicativo MIPRES
- a. Ambulatorio.
 - b. Hospitalario con internación.
 - c. Hospitalario domiciliario.
 - d. Urgente (con o sin observación)

SOPORTES ANEXOS PARA FACTURACIÓN DE TECNOLOGIAS NOPBS

1. Documento equivalente a factura de venta.

Tiquetes de máquina registradora, tiquetes o billetes de transporte de pasajeros, incluido el tiquete o billete electrónico y la factura electrónica.

2. Evidencia de entrega

- Evidencia de entrega en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria y ambulatoria: Corresponde al resumen de atención, la epicrisis o historia clínica.
- Evidencia de entrega en la atención inicial de urgencias: Corresponde a la copia del informe de atención inicial de urgencias.
- Evidencia de entrega en servicios ambulatorios: Firma con número de identificación del: i) paciente, ii) representante del paciente, iii) responsable del paciente, iv) acudiente del paciente o v) de quien recibe la tecnología, registrada en alguno de los siguientes documentos: i) factura de venta, ii) documento equivalente a la factura, iii) fórmula médica, iv) orden médica, v) reporte de prescripción vi) certificación del prestador, o vii) formato diseñado por la entidad recobrante.
- Otra evidencia de entrega del suministro: i) resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas (válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio); ii) cirugía ambulatoria (nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC suministrada, la fecha de prestación, la institución que prestó el servicio y el estado de salida del usuario al alta), iii) notas de enfermería (válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas), iv) el usuario se encuentra en atención domiciliaria; son válidas las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos y v) en servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.

3. Detalle de cargos: Documento de la persona natural o jurídica que factura a la entidad recobrante un servicio o tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, bien sea en el ámbito ambulatorio u hospitalario, en el que incluye el detalle de cargos cuando no está discriminada la atención. Se debe utilizar siempre que corresponda a prestaciones tales como: paquetes, programas, clínicas o conjuntos de atención, entre otros, de tal forma que sea posible identificar el detalle del servicio o tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC recobrada. Así mismo, debe utilizarse cuando no se desagrega la cantidad y el valor facturado del servicio o tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC por cada usuario, o cuando la factura incluye el tratamiento de más de un paciente.

En algunos casos que la atención con la tecnología NOPBS no permite la generación del detalle de cargos se valida así:

CONDICIÓN	ANEXO	OBSERVACIONES
Cuando en la factura no esté discriminada la atención	Documento del proveedor con detalle de cargos.	El documento debe relacionar el número de la factura o documento equivalente y en ausencia de éste, como mínimo, el nombre del usuario o tipo y número de identificación, la descripción del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC facturada, el valor unitario, valor total y cantidad.
Cuando en la factura no esté discriminada la atención y la entidad recobrante no disponga del detalle de cargos expedido por el proveedor	Certificación del representante legal con el detalle de cargos	La certificación debe relacionar el número de la factura o documento equivalente y en ausencia de éste, como mínimo, el nombre del usuario o tipo y número de identificación, la descripción del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC facturada, el valor unitario, valor total y cantidad.
Cuando la factura	Certificación del proveedor	La certificación debe: desagregar la cantidad y

CONDICIÓN	ANEXO	OBSERVACIONES
incluya el tratamiento de más de un paciente		el valor facturado de la descripción del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, por cada usuario, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente a la cual se imputa la certificación.
Cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC	Certificación del representante legal de la entidad recobrante	La certificación debe indicar a qué factura imputa el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado.

4. Epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, de acuerdo con los contenidos y características definidos en la Resolución 3374 de 2000, o las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen

5. Medicamentos o insumos importados: De acuerdo con el parágrafo 2 del Artículo 38 de la Resolución 3951 de 2016 “Cuando se trate de recobro/cobros o cobros por medicamentos importados, deberá allegarse copia de la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.

- Factura del agente aduanero: Documento que expide la persona jurídica que ejerce el agenciamiento aduanero, autorizadas por la DIAN para ejercer una actividad de naturaleza mercantil y de servicio, orientada a garantizar que los usuarios de comercio exterior que utilicen sus servicios cumplan con las normas legales existentes en materia de importación, exportación y tránsito aduanero y cualquier operación o procedimiento aduanero inherente a dichas actividades.

- Disponibilidad del medicamento importado: Corresponde a sobrante de medicamento importado para un usuario específico, que por razones ajenas a la entidad recobrante no se puede utilizar en éste.

- Declaración Andina de Valor: Documento soporte de la declaración de importación que está previsto por la DIAN. En él se consigna la información técnica respecto a las condiciones y circunstancias de la operación comercial que da lugar a la importación de la tecnología, que sirven para determinar el valor aduanero de la misma.

- Declaración de importación: Documento mediante el cual se informa a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, los datos relativos a la tecnología a importar, la llegada al territorio aduanero, se liquidan los tributos aduaneros y se solicita el levante a efectos de la nacionalización de la misma. Acredita la introducción legal de una tecnología al territorio nacional.

- Certificación del representante legal cuando la entidad recobrante importa directamente el medicamento objeto del recobro/cobro: Documento en donde se informe que el Servicio o la Tecnología en Salud recobrada, fue directamente importada por la entidad recobrante, lo cual no exime de la presentación de los demás requisitos de la normativa vigente.

Se precisa que, para la totalidad de los soportes documentales, aplica lo contenido en el artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012 que señala:

“De los errores de citas, de ortografía, de mecanografía o de aritmética. Ninguna autoridad administrativa podrá devolver o rechazar solicitudes contenidas en formularios por errores de citas, de ortografía, de mecanografía, de aritmética o similares, salvo que la utilización del idioma o de los resultados aritméticos resulte relevante para definir el fondo del asunto de que se trate y exista duda sobre el querer del solicitante. Cualquier funcionario podrá corregir el error sin detener la actuación administrativa, procediendo en todo caso a comunicar por el medio más idóneo al interesado sobre la respectiva Corrección.”

Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales de los recobros/cobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC

Definición de los requisitos esenciales
Para los efectos del proceso de auditoría integral, se entiende como requisitos esenciales aquellos que al verificarse por el auditor permiten demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro por el FOSYGA o quien haga sus veces.

Dichos requisitos esenciales son los siguientes:

1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho: para la fecha en que se suministró el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC objeto del recobro/cobro (i) el usuario se encontraba vivo y (ii) afiliado a la entidad recobrante.

- Si es un usuario fallecido la condición (i) se evalúa con el reporte de la RNEC, para lo cual se toma la fecha de fallecido y se contrasta con la fecha de prestación o de suministro de la tecnología en salud recobrada. En el evento que la tecnología sea haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la condición (i) se evalúa con la fecha de egreso del usuario.
- La condición (ii) se evalúa con base en el reporte de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

2. La tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de su prescripción: El servicio o la tecnología en salud objeto de recobro/cobro no se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prescripción en el aplicativo web (fecha de solicitud en el aplicativo MIPRES del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios, por parte de los profesionales de la salud o en su defecto por parte de la EPS en caso de fallos de tutela o diligenciamiento del formato de contingencia).

Para definir si una tecnología recobrada está o no incluida en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC se tienen en cuenta los siguientes criterios de forma general:

Procedimientos

En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por este Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

Medicamentos

La cobertura de medicamentos está dada por los listados explícitos de las normas que han definido el plan de beneficios, teniendo en cuenta que cumplan las siguientes características en su totalidad:

1. Principio activo
2. Concentración
3. Forma farmacéutica
4. Aclaración u observación, si se encuentra descrita (Medicamentos condicionados por diagnóstico, edad o indicaciones UNIRS)

Adicionalmente se tendrá en cuenta lo siguiente:

- **Radiofármacos:** Son cobertura del plan de beneficios con cargo a la UPC cuando son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento de medicina nuclear.
- **Medios de contraste:** La cobertura de los medios de contraste corresponde a los incluidos explícitamente en el listado de medicamentos del plan de beneficios con cargo a la UPC.
- **Soluciones y diluyentes:** Algunas soluciones de uso médico a pesar de no estar en el listado de medicamentos, por considerarse insumos insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito, se entienden cubiertas de manera implícita. Igualmente, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

Analgesia, anestesia y sedación: Se cubre la analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud descritas en el plan de beneficios con cargo a la UPC, incluida la atención del parto. (No se requiere de prescripción de MIPRES para los medicamentos que se usen en la misma)

Indicaciones autorizadas: Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y armonizadas en su cobertura, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará cubierta por la Unidad de Pago por Capitación para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

Dispositivos e insumos

En caso de que la tecnología no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, se podrán prescribir únicamente los que se encuentran en el aplicativo MIPRES, y de acuerdo a la cobertura establecida por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o los actos administrativos expedidos por el Ministerio.

El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fueron prescritos por un profesional de la salud y requiera junta médica u ordenada mediante un fallo de tutela:

1. Acta de la junta de profesionales de la salud que contenga como mínimo lo descrito en el artículo 11 de la Resolución 532 de 2017 el cual modificó el artículo 25 de la Resolución 3951 de 2016, y el concepto de la decisión se encuentra diligenciado en el aplicativo MIPRES Aplica solo para los casos que requieren concepto de Junta
2. Fallo de tutela en donde se evidencia nombre o tipo y número de identificación del usuario y descripción de la tecnología, con su respectivo consecutivo de la prescripción efectuada en el aplicativo MIPRES

Precisiones:

Las entidades recobrantes no deben presentar recobro/cobros derivados de prescripciones con estado anulado.

No procede el reconocimiento de prescripciones con fecha posterior al suministro, excepto en los casos de urgencia vital, hospitalización, cuando corresponda a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, medicamentos de urgencia clínica, estudios pre-trasplante de donantes no efectivos y prescripciones derivadas de trascripciones por contingencia.

Cuando exista movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo, los servicios que hayan sido autorizados por Comité Técnico Científico serán válidos, por el tiempo y la cantidad autorizada por esta instancia. Dado lo anterior no serán objeto de glosa y deberán ser auditados conforme a lo establecido en el Manual de auditoría de CTC. Lo anterior en virtud de lo establecido en el artículo 92 de la Resolución 3951 de 2016.

Cuando la prescripción efectuada por el profesional de la salud corresponda a insumos, servicios complementarios o cualquier otro tipo de prestación que requiera una especificación especial (Tamaño, talla, marca, entre otros), esto debió ser descrito por el profesional de la salud en el campo de Indicaciones o recomendaciones especiales, lo anterior con el objetivo de que la EPS suministrará correctamente lo requerido por el usuario, sin trámites adicionales.

No se evaluará la pertinencia médica de la prescripción efectuada por el profesional de la salud, lo anterior entendiéndose que la misma fue efectuada en el marco de su autonomía médica para el diagnóstico y tratamiento del paciente, de acuerdo a lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, la cual deberá ejercerse en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la mejor evidencia científica disponible.

La verificación de la justificación realizada por los profesionales de la salud, será conforme a lo establecido en el numeral 1 del artículo 3 de la Resolución 532 de 2017, que modifica el artículo 10 de la Resolución 3951 de 2016, que indica:

“(…) Justificar técnicamente las decisiones adoptadas teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos, para lo cual dejará constancia en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e información bibliográfica que sustenten su decisión. (...)”

Sin embargo, en cuentas medicas se evaluará que lo soportado corresponda con la prescripción del MIPRES.

El ADRES únicamente reconoce y paga recobro/cobros de usuarios del régimen subsidiado, cuando un fallo de tutela señala de manera expresa que el responsable del pago del recobro/cobro ordenado es el mismo o quien haga sus veces.

Sobre los recobros/cobros del régimen subsidiado se debe precisar que corresponde a las entidades territoriales, de acuerdo con sus competencias, asegurar la prestación de servicios o las tecnologías en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

DIRECCIÓN DE CUENTAS MÉDICAS.
EPS SURA.