# ***COMPARACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE: REPORTE Y VALIDACIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD, MANEJO DE LAS OBSERVACIONES Y DEVOLUCIÓN O PAGO.***

*IESS-ECUADOR, EPS DE COLOMBIA, ESSALUD DE PERÚ Y FONASA DE CHILE (CASO DE CONTRATO DE SERVICIOS)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ECUADOR-IESS  Auditoría de la facturación de las cuentas médicas | COLOMBIA  Auditoría de cuentas médicas | PERÚ-EsSalud  Auditoría de seguros | CHILE-FONASA  Caso de compra de servicios de salud |
| **REGULACIÓN**   1. Manual de Procedimientos de la Auditoría de la Facturación de las Cuentas Médicas de la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar del Instituto del Seguro Social | **REGULACIÓN**   1. Decreto 4747 de 2007 2. Resolución 3047 de 2008 | **REGULACIÓN**   1. Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N° 65 -GCSPE-EsSalud-2016 | **REGULACIÓN**   1. Resolución 3G/N° 001 del 02 de enero de 2015 – FONASA 2. Resolución 4.1 D/N° 508 del 20.AGO.2015 FONASA 3. Compra de servicios de salud de resolución de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). 4. Procedimiento de Pre facturación, observaciones y facturación. |
| **CONSIDERACIONES:**   1. Definiciones  * ***Objeción:*** No conformidad parcial o total de la planilla por prestación de servicios de salud. * ***Apelación:*** Es la respuesta de un prestador de servicios de salud a una objeción, la que podrá ser de aceptación, subsanación o indicación que está fuera de lugar.  1. Las apelaciones y presentación de justificaciones por las objeciones parciales o totales realizadas a la prestación, se efectuarán por cada prestación médica y por una sola ocasión. 2. Las apelaciones y presentación de justificaciones por objeciones parciales o totales realizadas, generarán un nuevo trámite (expediente). 3. El equipo de auditoría médica de terreno deberá realizar visitas aleatorias de control técnico médico, como mecanismo de garantía de la calidad de la atención que los prestadores brindan a los afiliados y beneficiarios, especialmente en atenciones que demanden una alta complejidad, y para investigar quejas presentadas por parte de los usuarios. Estas visitas pueden ser o no comunicadas a los prestadores. 4. Se solicitará el pago únicamente de los valores reconocidos por el área de evaluación de la pertinencia médica y liquidación de cuentas. | **CONSIDERACIONES:**   1. Definiciones  * ***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. * ***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.  1. El motivo de la glosa puede ser pertinencia, cobertura, facturación, soportes, autorizaciones, glosas infundadas y devoluciones. | **CONSIDERACIONES:**   1. Establecer los lineamientos para realizar Auditorías de Seguros a fin de identificar y prevenir la ocurrencia de prestaciones indebidas, no coberturadas y/o en condición de reembolso en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y de otros regímenes administrados por ESSALUD, con énfasis en la auditoría previa y concurrente. 2. La presente directiva es de cumplimiento obligatorio por todo el personal de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPEs) y de aplicación en todas las IPRESS vinculadas a la misma. 3. La Sub Gerencia de Auditoría de Seguros organiza, dirige y controla el desarrollo de las actividades y los resultados obtenidos de la auditoría, mediante la coordinación con los Auditores de Seguros, Jefes de Unidad de Control de Filtraciones y las jefaturas de Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE). 4. El Jefe de la OSPE es el responsable de difundir, implementar, controlar y evaluar el cumplimiento de los planes, indicadores y actividades, relacionados con auditoría de seguros. 5. El Jefe de la OSPE es el responsable de difundir y brindar asistencia técnica a las IPRESS para la implementación de la normativa sobre verificación de la identidad de las personas que requieran prestaciones de salud en el ámbito de su competencia. 6. El Auditor de Seguros tiene competencia a nivel nacional para realizar cualquier examen o revisión crítica y sistemática de las prestaciones otorgadas o por otorgarse a los asegurados del Régimen Contributivo de la seguridad social de salud y de otros Regímenes en todas las IPRESS vinculadas a EsSalud. 7. El Plan Anual de Auditoría de Seguros contiene la programación de la OSPE de las actividades relacionadas a Auditorías de Seguros y de las supervisiones a efectuar en las IPRESS que desarrollará durante el periodo de un año. 8. El Plan Anual de Auditoria de Seguros será formulado por la Unidad de Control de Filtraciones en coordinación con la Jefatura de la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas en las OSPEs de tipo A y B; y por el Jefe de OSPE en las de tipo C y D. 9. El Plan Anual deberá ser enviado a la Sub Gerencia de Auditoría de Seguros, dentro de los primeros 20 días del mes de diciembre del año previo, para su aprobación, bajo responsabilidad del Jefe de la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas. 10. La Sub Gerencia de Auditoria de Seguros es la encargada de aprobar el Plan Anual de Auditoría de Seguros. | **CONSIDERACIONES:**   1. El prestador se obliga a prestar el servicio conforme a la descripción que a continuación se explica:  * Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas de paciente adulto en estado crítico, que requiere atención médica. * Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas de paciente adulto en estado crítico, que requiere atención médico quirúrgica.  1. Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas de paciente adulto en estado crítico, corresponde a aquella prestación de salud, definida para la internación y cobertura de atención de 24 horas, de pacientes críticos, cuyo estado clínico tiene características de gravedad extrema. 2. La prestación corresponde a hospitalización de cuidados intensivos (UCI) adulto, unidad de cuidados intermedios (UTI) (o en otros casos, unidades de cuidados Intensivos coronarlos). 3. El prestador cuenta con los recursos humanos (profesionales médicos y profesionales de salud no médicos) adecuados para el otorgamiento de los servicios de salud a fin de que se garantice que las atenciones en salud alcancen los niveles de calidad exigibles a las diferentes categorías de resolución contratada, los que se encuentran detallados en el Anexo 3.C y 3.D de las bases del proceso de licitación, parte integrante del presente contrato para todos los efectos legales. 4. El prestador, sin perjuicio de lo anterior, deberá informar a FONASA los cambios en las plantas de recursos humanos, en un plazo no superior a 30 días de ocurrido dicho cambio. 5. Asimismo, cuenta con las exigencias de Infraestructura, equipamiento y servicios de apoyo a la operación clínica, establecidos en la normativa y reglamentación vigente necesarios para proveer o prestar los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que corresponda de acuerdo a las diferentes atenciones a brindar en relación con la categoría de atención contratada y de acuerdo a la oferta de servicios Informada en el Anexo 3.G del proceso concursal.   **Uso de Codificación de GRD:**   1. Para efectos del mecanismo de pago a utilizar por la compra de los servicios de salud contratados, se utilizará un sistema de codificación de IR-GRD Versión 3.0. 2. El proceso de codificación será efectuado por el prestador. 3. El prestador, deberá contar el sistema de codificación de IR-GRD Versión 3.0, además de los profesionales capacitados para tal efecto. Cabe indicar que el estándar definido por MINSAL es un profesional codificador por cada 5.000 egresos hospitalarios. |
| **PROCEDIMIENTO:**   1. El prestador de servicios de salud sube el archivo plano con la estructura de información ("estructura del archivo plano de atenciones médicas") en la plataforma informática de auditoría/pertinencia médica. Luego de los plazos establecidos no se receptarán estructuras, ni documentos de cuentas médicas. 2. El área de pertinencia documental de las Subdirecciones / Unidades Provinciales de Prestaciones de Salud y del Seguro Social Campesino valida los datos que contiene la estructura de información. 3. El área de pertinencia documental, previo a la admisión del expediente y registro del número de trámite, revisará la documentación habilitante que deberá ser presentada por el prestador externo público o privado en medio magnético en forma general y de acuerdo al tipo de prestación. 4. Aceptada la información y documentación, se notificará electrónicamente al Prestador de Servicios de Salud la recepción a conformidad de la documentación. 5. El responsable del área de la revisión de pertinencia documental, a través del sistema de auditoría/pertinencia médica, deberá obtener un reporte automático del ingreso de expedientes, para efectos de análisis y el cálculo de indicadores de gestión. 6. Una vez que se ha recibido el expediente por parte del área de pertinencia documental, que consta de las planillas valoradas y la documentación de sustento, se verificará la prestación del servicio, la evaluación de la pertinencia de las prestaciones médicas realizadas y el cruce con los ítems facturados. 7. La evaluación se ajustará a los criterios señalados en el Manual de Evaluación de Pertinencia Médica, sin embargo, se podrá solicitar información técnica ampliatoria para aclarar inquietudes razonables. 8. Como resultado de la verificación de la prestación y evaluación de la pertinencia médica, se determinará el detalle del estado de la atención: aprobado u objetado parcial/total, y la descripción del motivo de la objeción de cada prestación. 9. El resultado debidamente sustentado, deberá ser comunicado por el coordinador del área de pertinencia médica, de manera electrónica al Prestador de Servicios de Salud por cada trámite, inmediatamente luego de concluir con el proceso de evaluación de la pertinencia médica. 10. El prestador de servicios de salud, en conocimiento del resultado obtenido en el proceso de evaluación de pertinencia médica y liquidación de cuentas, deberá analizar las cuentas que fueron objetadas y presentará, de manera electrónica, las apelaciones o justificativos por trámite, en un plazo no mayor a treinta (30) días, a partir de la notificación realizada por parte del coordinador de pertinencia médica y liquidación de cuentas. 11. Si luego del plazo de treinta (30) días calendarios a partir de la recepción de la notificación por parte del coordinador de pertinencia médica, el Prestador de Servicios de Salud no remite el archivo con las justificaciones del caso, se considerará como caso cerrado y no se receptará reclamos posteriores. 12. En caso de que se acepte los justificativos, se reenviará el trámite por una sola vez, y se reiniciará el ciclo de verificación y evaluación de la pertinencia médica por expediente. 13. El resultado obtenido y explicado en el ordinal [8], conjuntamente con la planilla individual por prestador de servicios de los gastos correspondientes, será enviado de manera electrónica al área de consolidación y liquidación de planillas, para ejecutar el procedimiento correspondiente de las cuentas que fueran aprobadas. 14. Se elaborará y consolidará un reporte por tipo de Prestador de Servicios de Salud; tipo de beneficiario (activo, voluntario, menor de 18 años, cónyuge, beneficiarios de montepío, jubilados, enfermedades catastróficas, afiliados al SSC); y, tipo de servicio (atención ambulatoria, hospitalización, emergencia, servicio de diálisis, medicamentos e insumos). 15. Luego se realizará una liquidación económica, a fin de confrontar los montos cancelados con los que faltan por cancelar, del resultado de esta liquidación, se solicitará por vía electrónica al Prestador de Servicios de Salud de la Red Pública Integral (RPIS) y Red Privada Complementaria (RC), la presentación de la factura comercial cumpliendo los requerimientos del Servicio de Rentas Internas (SRI), la cual deberá contener un desglose por subtotales y tipo de servicio. 16. El prestador de servicios de salud, deberá presentar la factura comercial y demás documentos para el pago, en un plazo no mayor a 24 horas, luego de recibir la notificación correspondiente. 17. La factura comercial, el informe de consolidación y la liquidación de la planilla, se deberá enviar a la Subdirección/Unidad/Grupo Provincial de Servicios Corporativos de cada Dirección Provincial, en un plazo no mayor a 48 horas luego de recibir la documentación por parte del área de pertinencia médica y liquidación de cuentas. | **PROCEDIMIENTO:**   1. El prestador de servicios de salud envía a la entidad responsable del pago, vía correo electrónico, las estructuras de datos (registros) con datos de las prestaciones de salud. 2. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas 3. La glosa se sujetará a la estructura definida en la Resolución 3047, que soporta anotaciones de las partes interesadas, a manera de un registro conjunto de trazabilidad de la factura. 4. 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. 5. El prestador de servicios de salud deberá́ 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. 6. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá́ aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. 7. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá́ si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. 8. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. 9. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el periodo establecido para la recepción de facturas. 10. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá́ a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley. | **PROCEDIMIENTO:**   1. De la Selección de los Casos para la Ejecución de las Auditorías de Seguros 2. La selección de casos para la ejecución de las Auditorias de Seguros se realizará mediante la aplicación de criterios de riesgo: Tipo de seguro, tipo de contingencia, tipo de financiamiento, tipo de prestación y tipo de asegurado. 3. Para la selección de casos la base de datos puede ser tomada de: Sistemas informáticos SGH, SGSS, SISCAP, Sistema de Referencias y Contra referencias, bases de datos propias de las IPRESS {Listas de pacientes citados, citados de procedimientos de alto costo, entre otros); pacientes derivados de los Módulos de Seguros y otros sistemas que puedan implementarse. 4. Las OSPEs priorizarán los casos seleccionados para la ejecución de las Auditorias de Seguros en aquellas prestaciones que generen alto costo en el ámbito de su competencia. 5. La Subgerencia de Auditoría de Seguros adicionalmente enviará data a las OSPEs de acuerdo a la priorización de los resultados del análisis de los diferentes tipos de seguros en los sistemas prestacionales (SGH, SISCAP, SGSS, Sistema de Referencias). 6. De la Ejecución de la Auditoría de Seguros   Durante la ejecución de las Auditorías de Seguros en las IPRESS, el Auditor seguirá los siguientes pasos:   1. La evaluación de la acreditación del asegurado considera:  * El tipo de asegurado (Titular o derechohabiente) * La situación del asegurado (Activo, inactivo, cesado o fallecido) * Tipo de seguro * Tipo y periodo de acreditación  1. La evaluación de la cobertura considera:  * Revisa y verifica en los registros de atención, sistemas y aplicativos informáticos, las prestaciones otorgadas y/o programadas durante el periodo auditado. * Evalúa el tipo de contingencia para determinar si se trata de una enfermedad común, accidente común, accidente de trabajo, enfermedad profesional maternidad, accidente de tránsito, agresión por tercero o lesión auto infligida. * Verifica el CIE-10 de las contingencias según corresponda. * Verifica si la atención se realiza dentro del periodo de carencia, periodo de espera o periodo de latencia. * En caso de cobertura por período de latencia, verifica carta de latencia emitida y comprueba la cobertura de salud según la normatividad vigente. * En caso de Seguros Potestativos verifica: cumplimiento de los tiempos de espera, exclusiones, limitaciones, cobertura y pagos según contrato. * En caso de Seguro regular afiliado a una EPS comprueba que las prestaciones otorgadas en las IPRESS relacionadas a EsSalud correspondan a diagnósticos con CIE-10 que excedan al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). * En caso de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, verificar si la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) es con EsSalud o con una aseguradora privada. * En caso de terceros verifica la existencia de pagarés firmados por estos. * Evalúa si el diagnóstico y/o procedimiento de referencia está incluido en el plan de salud de acuerdo al tipo de seguro. * Toda prestación evaluada debe finalizar con la conclusión si es coberturada o no coberturada.  1. La evaluación de la entidad empleadora en el caso del seguro contributivo evalúa:  * A través del Sistema Acredita Intranet se determina el RUC y la razón social, * En la página web SUNAT verifica la condición de la entidad empleadora, especificando si está como no habido, no hallado, baja de oficio, suspensión temporal. * Evalúa aportaciones a través del Extracto de pago Sunat para determinar si se encuentra en condición de reembolso. * En el caso de empleador en condición de reembolso se revisan las prestaciones otorgadas durante el periodo evaluado. * Determina de corresponder sí cumple con la inscripción a regímenes especiales en REMYPE (Pagina Web del Ministerio de Trabajo). * En caso de Accidente, verificar el CIIU de la entidad empleadora para precisar si está obligado a contratar Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R). * Si la cobertura del SCTR es con EsSalud verificar si el trabajador está declarado por su empleador, para identificar omisos al SCTR. * Si el trabajador se encuentra declarado, verificar cumplimiento de aportaciones del SCTR en el ACREDITA (Acreditación SCTR), para identificar condición de reembolso al SCTR.  1. De existir incumplimientos legales, contractuales o normativos en las prestaciones auditadas estas son identificadas como No conformidades. 2. Las no conformidades pueden corresponder a prestaciones indebidas; no coberturadas o en condición de reembolso, procediendo a establecer las Recomendaciones correspondientes a la IPRESS auditada 3. Del Registro de las Auditorías De Seguros 4. El Auditor de Seguros registra como máximo el último día útil de la semana la producción de las Auditorías de Seguros ejecutadas en el Aplicativo en formato web. La información enviada tiene carácter de declaración jurada. 5. El Jefe de la Unidad de Control de Filtraciones en las oficinas de tipo A y B y el Jefe de la OSPE en las Oficinas de tipo C y D controlará el registro oportuno de las auditorias en el aplicativo por los Auditores de Seguros. 6. Las auditorías registradas por cada Auditor de Seguros son visualizadas y aleatoriamente evaluadas desde el nivel central el primer día útil de cada semana por los sectoristas de la Subgerencia de Auditoría de Seguros. 7. Del Inicio De La Gestión Del Ahorro-Recupero 8. Cuando el Auditor de Seguros en las auditorías previas o concurrentes detecte la existencia de Prestaciones No coberturadas, comunicará al área de Facturación/Finanzas o quien haga sus veces de la IPRESS para efectuar el cobro respectivo. 9. En las auditorías posteriores al detectarse una prestación no coberturada o empleador en condición de reembolso, se proyectará la "Carta de Valorización de Prestaciones" (Anexo N° 02) dirigida al Director/Gerente de la IPRESS donde se otorgaron las prestaciones, para el inicio de acciones de recupero; realizando las modificaciones necesarias de acuerdo a los siguientes casos:  * En las prestaciones con empleador en condición de reembolso, la carta deberá contener como mínimo los siguientes ítems: Asunto indicando "Valorización de Prestaciones en Condición de Reembolso", Apellidos y nombres del auditado, tipo de documento de identidad, número de documento de identidad, tipo de seguro, indicador de reembolso, centro asistencial donde ocurrió la prestación, servicio de la prestación, diagnóstico y CIÉ 10, fecha de inicio y fin de la prestación, vulneración legal, nombre o razón social de la entidad empleadora, RUC de la entidad empleadora. * En las prestaciones no coberturadas la carta deberá contener como mínimo los siguientes ítems: Apellidos y nombres del auditado, tipo de documento de identidad, número de documento de identidad, tipo de seguro. centro asistencial donde ocurrió la prestación, servicio de la prestación, diagnóstico y CIÉ 10 no coberturado, de corresponder procedimiento no coberturado, fecha de inicio y fin de la prestación y vulneración legal. * En el caso de los asegurados EsSalud Independiente, para la emisión de la "Carta de Valorización de Prestaciones" debe existir evidencia de comunicación previa al asegurado de la prestación no coberturada. * En el caso de seguro regular con afiliación a EPS, para la emisión de la "Carta de Valorización de Prestaciones" se debe incluir el RUC y el nombre de la Entidad Prestadora de Salud.  1. El Jefe de la Unidad de Control de Filtraciones en las oficinas de tipo A y B; y el Jefe de la OSPE en las Oficinas de tipo C y D son los responsables de suscribir y remitir las "Cartas de Valorización de Prestaciones" al Director/Gerente de la IPRESS donde se otorgaron las prestaciones. 2. El Jefe de la Unidad de Control de Filtraciones en las oficinas de tipo A y B y el Jefe de la OSPE en las Oficinas de tipo C y D son los responsables de coordinar con la IPRESS la respuesta de las "Cartas de Valorización de Prestaciones" solicitadas. 3. Ante el requerimiento de la Subgerencia de Auditoría de Seguros el Jefe de la Unidad de Control de Filtraciones en las oficinas de tipo A y B y el Jefe de la OSPE en las Oficinas de tipo C y D informa mensualmente el número total de cartas de "Valorización de Prestaciones" y el número de respuestas de valorización emitidas por parte de la IPRESS.   5. Supervisiones en IPRESS   1. El Auditor de Seguros ejecuta las supervisiones en las IPRESS programadas en el Plan Anual de Auditoría. 2. El Auditor de Seguros procederá a realizar la Carta de Presentación a la IPRESS según modelo del Anexo N°03 "Carta de Presentación", la misma que será suscrita por su jefe inmediato. 3. En el proceso de supervisión realiza las siguientes acciones:  * Identificación y acreditación del asegurado: Verifica que admisión realice la verificación de la identidad mediante el uso del DNI y/o lector biométrico, así como la acreditación en sus sistemas prestacionales. * Acceso a la cobertura según tipo de seguro: Verifica que los servicios de emergencia identifiquen las diversas contingencias, las unidades de referencia otorguen citas considerando listas de condiciones asegurables y PEAS. * Gestión de ahorro y recupero: Verifica si la IPRESS ha implementado iniciativas para la prevención del otorgamiento de prestaciones no coberturadas y/o identificación para su facturación inmediata. Verifica que las unidades de facturación/finanzas o quien haga sus veces realicen la valorización de prestaciones no coberturadas y en condición de reembolso.  1. De La Verificación De La Identidad De Las Personas 2. El Jefe de la Unidad de Control de Filtraciones en las oficinas de tipo A y B y el Jefe de la OSPE en las Oficinas de tipo C y D brinda asistencia técnica en el uso de lectores biométricos y la obligatoriedad de las IPRESS de remitir el consolidado mensual del control de suplantaciones vía correo electrónico. 3. La Subgerencia de Auditoria de Seguros emite mensualmente el reporte del Use de Lectores biométricos y el Reporte del Registro de Control de suplantaciones.   7. De la Evaluación de los Resultados Auditorías De Seguros  La Subgerencia de Auditoría de Seguros realizará:   1. Una evaluación quincenal en relación a la efectividad, resultados de las Auditorias ejecutadas (Ahorro, recupero, recomendaciones a IPRESS) y avance del Plan anual de Auditoría de seguros por Auditor y por OSPEs. 2. Una semaforización de la meta y resultados logrados por cada una de las OSPEs en el mes. 3. Un Informe mensual de los resultados de Auditoria de Seguros a nivel nacional. | **PROCEDIMIENTO:**  **SÉPTIMO: Precio y Forma de pago.**  **Pre-facturación:**  El prestador deberá, dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes, presentar a FONASA un Informe de pre-facturación mensual con todos aquellos egresos de pacientes efectuados en el mes anterior, por concepto de los servicios de salud.  El Informe de pre-facturación mensual deberá contener lo siguiente:   1. Resumen de Egresos Mensuales, en planilla con los siguientes campos de datos: 2. Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (Formato DEIS- MINSAL), por cada paciente. 3. Informe de Codificación por GRD (Informe de Resultado del Episodio por Sistema de Codificación GRD), por cada paciente.   En caso de que el prestador haya delegado en el Fondo Nacional de Salud la función de Codificación GRD, se utilizará el Informe de Codificación por GRD que éste haya elaborado con los antecedentes e información proporcionados.  De existir reparos u observaciones por parte del Fondo Nacional de Salud, éstas serán comunicadas al prestador, para que éste, dentro de un plazo de 5 días hábiles posteriores a la fecha de despacho de la comunicación, subsane o aclare los reparos formulados, y presente una nueva pre-facturación de lo contrario, la pre-facturación será rechazada.  **Facturación:**  De no existir observaciones a la pre-facturación por parte del Fondo Nacional de Salud, el proveedor deberá entregar la factura en Oficina de Partes del Fondo Nacional de Salud, o bien deberá ingresarla al sistema informático que FONASA implemente para tales efectos.  El pago de la factura se realizará mediante transferencia electrónica y dentro de los 30 días corridos de presentada la factura en Oficina de Partes, previo Informe y V° B° del Administrador del Contrato. De ser rechazada por contener errores o por mantener el prestador obligaciones pendientes que deban ser descontados de ésta, se retendrá su pago hasta que sean enmendados dichos errores y/o obligaciones pendientes.  Cabe señalar que el Fondo Nacional de Salud no realizará ningún tipo de anticipos, bajo ninguna circunstancia.  En caso de que el Fondo Nacional de Salud implemente algún sistema informático para el registro de pre-facturación, facturación y pago, éste será exigido al proveedor, a partir de los 5 días hábiles siguientes al término de la capacitación respectiva al proveedor.  **Plazo de devolución de facturas:**  Para los efectos de lo dispuesto en la ley 19.983, que regula la transferencia y otorga mérito ejecutivo a copia de la factura, se deja establecido que el FONASA dispondrá de 30 días corridos para reclamar el contenido de la factura.  **OCTAVO: Causales de Multas.**  El Fondo Nacional de Salud, previa proposición del Administrador del Contrato, estará facultado para aplicar multas, por las infracciones y por los montos que se señalan a continuación:   1. Cobro indebido de prestaciones al FONASA: 100% del valor cobrado o por cobrar, sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados indebidamente. Se define como cobro indebido, a la presentación de facturas de pacientes que ya han sido pagadas por el FONASA o por alguno de los establecimientos de la red pública, facturas por cuentas de pacientes derivados en el marco de otros convenios, facturas de cuentas de pacientes atendidos en el marco de la ley de urgencia. 2. Cobros realizados al beneficiario con objeto de esta licitación: 500% del valor cobrado: sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados al beneficiario. Deberá acreditar dicha devolución, entregando copia del comprobante a FONASA. 3. En caso de errores de codificación mediante GRD de los egresos, detectados en auditorías que FONASA realizará al efecto mediante el estudio de muestras representativas. Si la cantidad de errores supera el 10% de la muestra auditada, el prestador deberá pagar una multa de 100 UF. SI la cantidad de errores supera el 20% de la muestra auditada, el prestador deberá pagar una multa de 200 UF. Si la cantidad de errores supera el 30% de la muestra auditada, el prestador deberá pagar una multa de 300 UF. Si la cantidad de errores supera el 40% de la muestra auditada, FONASA podrá poner término anticipado del contrato sin mayor trámite. Lo anterior, sin perjuicio de las correcciones de las codificaciones auditadas con errores y de los ajustes de los montos cobrados indebidamente. 4. En caso de que la cantidad de egresos codificados como “outliers” supere el 12% de la muestra auditada por FONASA, en el contexto de las auditorías que FONASA realizará al efecto mediante el estudio de muestras representativas. En estos casos FONASA aplicará una multa de 200 UF. 5. En caso de Incumplimiento de los servicios y/o requisitos señalados en las Bases Técnicas para realizar los servicios de salud contratados: 60 UF. Lo anterior sin perjuicio de la realización de la prestación. 6. En caso de reclamos de los beneficiarios atendidos por el prestador, y que éstos hayan sido acogidos por FONASA, referidos a la calidad del servicio u atenciones otorgadas, tales como trato digno y respetuoso a los beneficiarios respetando la confidencialidad, derecho a la información, atención profesional adecuada, y en general cualquier vulneración de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud. Por cada reclamo acogido por FONASA se aplicará al prestador una multa de 20 UF. 7. Incumplimiento en la entrega de información, relativa a la atención de los pacientes beneficiarios, y otras solicitadas en las presentes Bases, 5 UF por cada evento, tales como:  * No entregar la información al paciente en relación con los cuidados. * No acreditar la devolución de cobros indebidos a beneficiarios.  1. Incumplimiento de las restantes obligaciones del prestador de conformidad a lo que establece el contrato y las bases del proceso de licitación: 5 UF por cada Incumplimiento.   En caso de una fiscalización por parte de FONASA, donde se verifique que tanto la infraestructura y/o equipamiento y/o recurso humano se encuentra en desmedro en la calidad de atención para el asegurado: 500 UF.  En este último caso, deberá subsanar durante el transcurso de un plazo de 30 días hábiles dicha situación. De no subsanarse en el plazo, FONASA podrá poner término anticipado al contrato, sin más trámite.  En todos los casos anteriores, en que el valor de la multa esté expresado en UF, la transformación a moneda de Curso legal para efectos de pago de éstas, deberá ser de acuerdo al valor de la UF correspondiente al día del pago.  Las multas deberán ser enteradas por el prestador infractor en Tesorería de FONASA, en el Nivel Central, dentro del plazo que se indique en la respectiva resolución. En caso de incumplimiento, el Fondo podrá descontar las multas directamente de la facturación o hacer efectiva la garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato, por el monto respectivo. Procederá esta última situación cuándo las facturaciones sean inferiores a las multas aplicadas y a firme.  En caso de hacer efectiva la garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato producto de la situación anteriormente descrita, el prestador deberá reponer la Garantía por la totalidad del monto y por el mismo plazo de vigencia que la que reemplaza, dentro de los 5 días hábiles siguientes contados desde el cobro de la primera, so pena del término anticipado del contrato de acuerdo al contrato, sin derecho a Indemnización alguna.  **NOVENO: Procedimiento de aplicación de multas.**  El procedimiento para la aplicación de las multas será el siguiente:   1. Detectada una situación que amerite la aplicación de multas, el Fondo comunicará al prestador, a través de carta certificada, indicando los hechos que originan las multas y su monto. 2. A contar del día de la notificación de la comunicación precedente, el prestador tendrá el plazo de 8 días hábiles, para presentar sus descargos al Administrador del Contrato, si correspondiera, acompañando todos los antecedentes que acrediten fehacientemente que no ha tenido responsabilidad en los hechos que originan las multas. Vencido el plazo, o bien si no se acompañaren los antecedentes que fundamenten los descargos, la multa quedará a firme. 3. Si se hubieren presentado descargos en tiempo y forma, el Administrador del Contrato tendrá el plazo de diez días hábiles, a contar de la presentación de los mismos, para rechazarlos o acogerlos, total o parcialmente, lo que comunicará por escrito. A contar de la fecha de la comunicación por escrito, el prestador tendrá el plazo de ocho días hábiles para reclamar fundadamente ante la Directora del Fondo Nacional de Salud, quien resolverá pudiendo interponer el proveedor Recurso de Reposición, dentro de diez días hábiles, lo que dará paso a lo indicado en la letra d) de este numeral. 4. La pertinente resolución de aplicación de la multa se dictará por parte de la Directora del Fondo, o por quién le reemplace o subrogue, procediéndose a su pago de acuerdo a lo establecido en el párrafo final del numeral 15 de ias presentes bases. 5. Contra la resolución especificada en el punto anterior, procederán los recursos contemplados en la Ley 19.880.   **DÉCIMO: Término anticipado del contrato.**  No obstante, la vigencia contractual, el Fondo Nacional de Salud podrá terminar anticipadamente el contrato en los siguientes casos:   1. Quiebra o estado de notoria insolvencia del prestador, verificada por el Fondo Nacional de Salud, a menos que se mejoren las cauciones entregadas o las existentes sean suficientes para garantizar el cumplimiento del contrato. 2. Disolución de la Sociedad del prestador. 3. Resciliación o mutuo acuerdo entre FONASA y el contratado. 4. Disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del prestador (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado, y no subsanado en el plazo establecido en el plazo de 30 días corridos, plazo durante el cual FONASA evaluará suspender derivaciones al prestador. 5. Por caso fortuito o fuerza mayor, por razones de ley o actos de autoridad que hagan Imperioso terminarlo. 6. Incumplimiento de la cláusula de confidencialidad señalada en el contrato. 7. No reponer oportunamente la totalidad de la Garantía de Fiel Cumplimiento del Contrato, dentro de los plazos, como consecuencia de prórroga de Contrato, cobro de multas, todo en virtud de lo señalado en el presente contrato. 8. Registrar saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, a la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses. 9. Usar medios ilícitos en el ejercicio de las prestaciones contratadas, tales como inducir pacientes para la atención. 10. Término de la vigencia de la Autorización Sanitaria. 11. Haber sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador. 12. Si los representantes o el personal dependiente del prestador, no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción o colusión. 13. Haber sido objeto de la aplicación de 2 multas durante 6 meses, 4 multas durante la vigencia del contrato. 14. Incumplimiento por parte del prestador de las normas Legales, Reglamentarias y Administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional. 15. Cambio no autorizado en los servicios entregados o de los profesionales incluidos en la oferta. 16. Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas referidas a Subcontratación y Cesión del Contrato, respectivamente. 17. No acompañar a los Estados de Pago, la documentación que acredite el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores, según el presente contrato. 18. Cuando lo exija la seguridad nacional o el interés público. 19. Incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el prestador, entendiéndose por tal la no ejecución o la ejecución parcial de una o más obligaciones que importe una vulneración a los elementos esenciales del contrato. 20. En caso de una fiscalización por parte de FONASA, donde se verifique que tanto la infraestructura y/o equipamiento y/o recurso humano se encuentra en desmedro en la calidad de atención para el asegurado y no sea subsanada durante el transcurso de un plazo de 30 días hábiles dicha situación. FONASA podrá poner término anticipado al contrato, sin más trámite.   Verificada cualquiera de estas situaciones, el contrato terminará mediante Resolución fundada del Fondo Nacional de Salud, y hará efectiva sin más trámite, la Garantía de Fiel Cumplimiento; salvo que la causal invocada sea la señalada en la letra c) o e) o r). Con todo el Fondo Nacional de Salud, podrá poner unilateralmente término anticipado al contrato, mediante resolución fundada y con un aviso previo de 30 días. |