

A dark blue vertical bar is on the left side of the slide. A blue arrow points to the right from the bar, containing the date '16-8-2021'.

16-8-2021

Sugerencias para
la normativa sobre
Auditoría Médica,
calidad de las
atenciones de
salud, glosas y
pagos entre
ARS/IDOPPRIL/PSS

Several thin, curved lines in shades of blue and grey originate from the bottom left and curve upwards and to the right.

Dr. Miguel Santos T.

CAPÍTULO	ARTÍCULO	NUMERAL/LITERAL	PÁRRAFO	COMENTARIO- SUGERENCIA
I	2	1	-	El acta de conciliación además de firmado, debe estar sellado por ambas partes
I	2	15		En la definición de auditoría médica concurrente, no es necesariamente cierto que ocurre en el mismo momento en que ocurre el evento, sino que también puede darse mientras el afiliado recibe el servicio (ejemplo de esto es que un afiliado puede ser ingresado en horario no laboral para hacer la concurrencia y si se mantiene ingresado en el próximo día laboral, aún se define como concurrencia si se llega a realizar mientras está ingresado)
I	2	17		Esta definición se puede eliminar y tomar en cuenta la auditoría médica, porque se realiza de manera retrospectiva, por lo tanto, hay dos, la concurrente y la retrospectiva
I	2	23		Se recomienda 3 días no 4, buscando reducir la estancia hospitalaria no justificada, sin embargo, además tomar en cuenta el tipo de especialidad.
I	2	26		Se recomienda colocar el contenido de la factura, hoja timbrada, nombre del PSS, RNC, dirección, teléfono, NCF, servicios facturados, montos, desglose de la factura.
I	2	28		Añadir a los motivos de glosa que puedan ser realizadas por eficacia, continuidad, seguridad, cantidad y cobertura
I	2	29		Añadir que debe ser realizado por el médico que da la primera atención.
I	2	32		En la nota de calidad, se sugiere añadir que esta no implica descuento a la factura del PSS, debe ser firmada y sellada por ambas partes.
I	2	36		Añadir a los motivos de objeción que puedan ser realizados por eficacia, continuidad, seguridad, cantidad y cobertura.
II	3	-		Las PSS debe establecer sistemas de garantía de la calidad y normas de autorregulación en base a la política nacional de calidad en salud.
II	4	-	II	Tanto las ARS-IDOPPRIL como las PSS deben tener disponibles médicos auditores o representantes con la autoridad para tomar decisiones al respecto de las objeciones formuladas.
III	5	1.f		Que la certificación del CMD no sea obligatoria para ser médico auditor.
III	5	1.g		Que el médico auditor no tenga antecedentes penales pendientes.
III	5	-	I	Que el plazo máximo sean 04 meses para la emisión de la normativa, está pendiente desde el 2018.
III	5	-	III	Que la publicación sea no mayor de 30 días hábiles.
IV	6	-	II	Añadir también al médico del IDOPPRIL (sólo está el de la ARS)
IV	7	1		Añadir fomentar e implementar la calidad de la historia clínica. Velar por la integridad del expediente clínico. Firmar y sellar las

				conciliaciones y notas de calidad.
IV	7	1		Añadir que el médico auditor de la PSS, no debe escribir ni alterar el expediente clínico.
IV	7	1		Añadir que el médico auditor de la PSS, debe brindar un trato cordial, respetuoso e imparcial a todos los profesionales de la salud.
V	8	-		<ul style="list-style-type: none"> - Añadir Informar con oportunidad los cambios que afecten al PSS, - Dar acuse de recibo de la facturación al PSS, - No realizar objeciones o glosas posteriores a la primera instancia, - Implementar las capacitaciones continuadas especialmente para las 10 patologías más frecuentes, - Colocar el valor a pagar en los servicios auditables en la PSS, tanto en la reclamación como en el formulario de objeción, cuando corresponda.
V	9	1		Agregar que los expedientes clínicos se deben completar de forma correcta y oportuna.
V	9	5		La factura debe ser con el tipo de NCF correspondiente a la ARS-IDOPPRIL, que puede ser por lotes o individual.
V	9	11		Se proponen los siguientes indicadores: <ul style="list-style-type: none"> - Listado de 10 procedimientos más frecuentes, - % de reintervenciones, - % de reingreso.
V	9	14		Habilitar un espacio físico adecuado tanto para los auditores externos como para los internos.
V	9	-	1	Agregar también las PSS odontológicas, de material de osteosíntesis-ortesis, terapia física-rehabilitación, laboratorios y de apoyo diagnóstico.
V	9			<ul style="list-style-type: none"> - Añadir las capacitaciones continuadas en las 10 patologías más frecuentes, - Registrar en su sistema contable los pagos y descuentos hechos por la ARS-IDOPPRIL, - Velar por la auditoría médica de los honorarios médicos, - Solicitar acuse de recibo de la facturación a la ARS-IDOPPRIL, - Facturar correctamente según los requisitos administrativos acordados entre las partes, - Solicitar a la ARS-IDOPPRIL inducción del proceso de facturación y auditoría cuando así lo entienda, - Acompañar al auditor de concurrencia de la ARS-IDOPPRIL, - Notificar de manera oportuna y correcta el expediente para auditar a la ARS-IDOPPRIL como máximo 15 días calendario posterior al cierre de la cuenta médica, - Revisar concienzudamente la cuenta clínica antes de

				<p>solicitar la autorización a la ARS-IDOPPRIL,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Velar por la auditoría de los honorarios médicos, - Presentar al auditor de la ARS-IDOPPRIL, todas las reclamaciones tanto del centro como de los honorarios médicos.
V	10	3		Las PSS deben ser responsables que su staff de médicos cumpla con la norma nacional de expediente clínico, por lo que se sugiere que también se le objete un porcentaje adicional al PSS como al médico responsable de la falta. A ser establecido por la SISALRIL por la falta en el expediente clínico.
V	10	7		Las PSS no deben incumplir las tarifas pactadas entre las partes.
V	11	2		Agregar también el cobro de medicamentos por adelantado.
V	11			Agregar que no pueden suspender los servicios a una ARS-IDOPPRIL sin previa comunicación de 30 días de antelación.
VI	12		I	El auditor de la ARS-IDOPPRIL realizará la concurrencia en compañía del auditor médico o representante de la PSS.
VI	13			Los criterios para la auditoría médica deben ser en base además a los criterios de la política nacional de calidad en salud, el contrato de gestión y las normativas vigentes emitidas por los entes rectores del sistema de salud a los diferentes niveles de salud.
VI	15			Agregar el cumplimiento de los requisitos previamente pactados entre las partes.
VI	15		II	Añadir al IDOPPRIL.
VII				En vez de disposiciones, colocar PLAZOS.
VII	16			El plazo que se recomienda es de 15 días laborables.
VII	17			La auditoría retrospectiva deberá ser como máximo 15 días laborables a partir de la fecha de notificación del expediente en la plataforma de la ARS-IDOPPRIL, <ul style="list-style-type: none"> - En base a la cobertura, soportes, cantidad, tarifas, las reclamaciones de los servicios auditables deben estar firmadas y selladas por el médico auditor de la ARS-IDOPPRIL.
VII	17		I	Se recomienda que el plazo sea de días laborables y no calendario, además la PSS debe firmar y sellar la objeción cuando se venza el plazo.
VII	18			En la auditoría de facturación, de los servicios ambulatorios, la ARS-IDOPPRIL hará las objeciones que correspondan según los hallazgos en el expediente, sin embargo, en los servicios de hospitalización auditados, no podrá realizar ninguna objeción, pagará de acuerdo a lo validado por el médico auditor.
IX	20		II, III Y IV	Se recomienda en estos 3 párrafos que el plazo máximo de pago sea de 45 días calendario.
IX	21	a,b,c		Se recomienda en estos 3 párrafos que el plazo máximo de pago sea de 45 días calendario.

IX	22	1,2,3		Se recomienda en estos 3 párrafos que el plazo máximo de pago sea de 45 días calendario.
IX	22		I,II	Se recomiendan 15 días laborables en estos dos párrafos
X	25		I,II	Se recomiendan 15 días laborables en estos dos párrafos
X	26		I	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda 15 días laborables, - La segunda instancia también puede solicitarse vía telefónica, en esta segunda instancia debe llenarse un acta de segunda instancia.
X	26		II	Se recomienda un plazo menor de 15 días laborables.
XI	28		I	Se recomiendan 15 días laborables.
XII	30			Se recomienda actualizar el reglamento de sanciones e infracciones.
XII	31			Se recomienda hacer la publicación en un plazo no mayor de 30 días laborables.

SUGERENCIAS PARA AGREGAR A LA NORMATIVA:

EL PROPÓSITO:	Estandarizar los procesos, establecer los requisitos mínimos obligatorios relacionados con la auditoría médica en el sistema nacional de salud.
ACCIDENTE DE TRABAJO:	Para el seguro de riesgos laborales es todo acontecimiento que provoca una lesión o daño corporal al trabajador en ocasión o por consecuencia del trabajo que presta por cuenta ajena. Incluye los accidentes de tránsito en horas laborables y/o en ruta desde o hacia el centro de trabajo.
ACCIDENTE DE TRÁNSITO:	Es el suceso ocasionado en el cual haya intervenido un vehículo de motor en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personales y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito o que, por violación de un precepto legal o reglamento de tránsito, causa daño en la integridad de las personas.
ACCIDENTE EN TRAYECTO:	Es el accidente ocurrido al trabajador en horas laborables durante el desplazamiento entre el centro del trabajo y el domicilio o viceversa, sin interrupciones o desviaciones voluntarias o evitables, dentro de la ruta y horario habitual, independientemente del medio que utilicen para el mismo
APOYO DIAGNÓSTICO:	Se refiere a las pruebas diagnósticas necesarias para el manejo de patologías o situaciones de salud correspondientes al nivel de complejidad contratado entre una ARS-IDOPPRIL y una prestadora.
EMERGENCIA:	Es aquella situación urgente que pone en peligro la vida del paciente o un órgano, es decir, una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición, si no se toman medidas inmediatas.
ENFERMEDAD PROFESIONAL:	Para el seguro de riesgos laborales, son aquellas adquiridas como consecuencia del trabajo que se ejecuta por cuenta ajena y que se encuentra dentro de la lista de enfermedades establecidas en el reglamento y las normas complementarias correspondientes.

EPICRISIS:	Resumen del egreso donde se deja constancia en forma resumida en el expediente clínico, de lo ocurrido durante la hospitalización.
ERROR MÉDICO	Falla en completar una acción médica como fue planificada o la aplicación de un plan incorrecto para los resultados buscados.
NOTA DE EVOLUCIÓN:	Es la descripción detallada de la consulta realizada al paciente elaborada por el médico que otorga la atención, cuando menos una vez al día. Esta nota se realiza conforme a la Norma Nacional del Expediente clínico.
PLAN BÁSICO DE SALUD (PBS):	Es el conjunto de servicios de atención en salud que tienen derecho todos los afiliados del sistema dominicano de seguridad social.
PLANES ALTERNATIVOS:	Son todos aquellos planes de aseguramiento con coberturas de servicios de salud aprobadas por la SISALRIL, que constituyen modalidades no obligatorias de acceso a los servicios de salud suscritos entre la ARS y el contratante/afiliado. Los planes contemplados son los complementarios, voluntarios y de medicina prepagada.
PLANES COMPLEMENTARIOS:	Son todos aquellos planes de coberturas autorizadas por la SISALRIL que constituyen modalidades alternativas no obligatorias de acceso a servicios de salud en el territorio nacional, comercializados y administrados por una ARS, que pueden ser adquiridos por afiliados al seguro familiar de salud.
PLAN DE SERVICIOS DE SALUD (PDSS):	Es el plan de salud de carácter transitorio producto del acuerdo firmado por todos los actores del SDSS.
PLANES VOLUNTARIOS:	Son todos aquellos tipos de planes individuales, familiares o colectivos de aseguramiento en salud, diseñados y administrados por las ARS y registrados por la SISALRIL, con el objetivo de suplir coberturas de salud, tanto en el país como en el exterior, a favor de las personas o núcleos familiares que no están afiliadas al SDSS. Las personas que optan por este plan no están registradas en la TSS, por lo que no son parte de ninguno de los regímenes de financiación.
PLANES DE MEDICINA PREPAGADA:	Son todos aquellos tipos de planes individuales, familiares o colectivos de salud, diseñados por las ARS con el objetivo de suplir coberturas adaptadas a los requerimientos de cada afiliado o de cada empleador, para ser brindadas total o parcialmente en el exterior del país.
URGENCIA	Es la aparición fortuita, imprevista o inesperada en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de la familia, es decir, una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte, pero en la que se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo, según la condición para evitar complicaciones mayores.
NIVELES DE ATENCIÓN:	Son una forma organizada de organizar los recursos en tres niveles de atención. Se señala como niveles de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma.
EFICACIA:	Grado en el cual los servicios de salud que se prestan a los individuos y a la población, conducen a los resultados esperados.
EFICIENCIA:	Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles.
CONFIDENCIALIDAD:	Es el derecho que tienen los pacientes a que los profesionales de la salud que

	tengan conocimientos de sus datos íntimos no puedan revelarlos ni utilizarlos sin su autorización expresa.
SANCIÓNES:	Es el efecto que produce una acción que infringe una ley u norma jurídica.
INFECCIÓN ASOCIADA A LOS SERVICIOS DE SALUD (IAS):	Es una infección adquirida posterior a 48 horas de estancia hospitalaria o 7 días después del alta médica; estas infecciones pueden ser contraídas en cualquier centro de atención de salud y sus causas están asociadas principalmente a entornos contaminados, falta de higiene de manos del personal de salud o familiares que transmiten microorganismos de manera directa a los pacientes.
ÉTICA:	Es un conjunto de normas y valores morales que los profesionales de un determinado sector deben respetar durante el ejercicio de su profesión.
MORAL:	Son las normas que rigen la conducta de un individuo en una sociedad y las valoraciones que hacemos sobre actos humanos que consideramos desde la perspectiva de lo bueno o lo malo, lo justo o lo injusto.
ALTO COSTO:	Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.
INDICADORES:	Son instrumentos de medida que pueden ser usadas para describir y comprender como funciona la calidad de un sistema o una actividad en concreto, en el área específica de la salud, nos brindan información relativa a varios aspectos de la salud de la población.
CRITERIOS DE AUDITORÍA:	Políticas, normas, procedimientos o requisitos usados como referencia en la auditoría y contra los cuales el auditor compara la evidencia. Los criterios pueden incluir estándares, normas organizacionales específicas y requerimientos legislativos o regulados.