

RESOLUCION No L 0900 24 JUL 2015

POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EI MODELO INTEGRADO PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

La Secretaria de Salud del Departamento del Cesar, en ejercicio de las facultades legales, en especial las conferidas por la Ley 715 de 2001 , la Resolución 1479 de 2015 y la Resolución No 004070 del 26 de octubre de 2009, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de Colombia, garantiza en el territorio Colombiano, el acceso y goce del derecho a la salud y la obligación del Estado, para el cumplimiento de los objetivos en procura del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de toda su población.

Que la Corte Constitucional mediante sentencia No T -760 de 2008, emitió unas directrices, entre otras, la admisión de medidas necesarias para la aprobación de los servicios de salud no incluidos en los planes obligatorios de Salud – POS.

Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, son competencia de los Departamentos en el sector salud dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia.

Que dentro de estas competencias se establecieron como funciones de los Departamentos, en la prestación de servicios de salud: Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 1479 de 2015 " *Por la cual establece el procedimiento para cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministrados a los afiliados del régimen subsidiado*", cuyo objeto es: *Establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte de las entidades territoriales departamentales y distritales a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud-POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los Comités Técnicos Científicos – CTU u ordenados mediante providencia de autoridad judicial.*

Que el artículo 4 de la Resolución 1479 del 06 de Mayo de 2015, establece " *El Departamento o Distrito analizara la situación de salud del territorio y las capacidades técnicas, operativas y financieras y con base en estas, adoptara uno de los dos modelos establecidos en el en los capítulos I Y II del título II para garantizar la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado o de acuerdo con sus necesidades, creará mediante acto administrativo, un modelo integrado siguiendo las reglas establecidas para cada uno de los modelos definidos en el presente título, garantizando el flujo de recursos oportuno para los prestadores de servicios de salud*".

©

Que el Departamento del Cesar, ha analizado la situación de salud y sus capacidades técnicas, operativas y financieras, determinando crear mediante acto administrativo, un modelo integrado siguiendo las reglas establecidas para cada uno de los modelos definidos en el título II de la Resolución 1479 de 2015, garantizando el flujo de recursos oportuno para los prestadores de servicios de salud.

Que según lo establecido en la Resolución 004070 del 26 de octubre de 2009, son funciones de la secretaria de salud Departamental entre otras: 3.2 *Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación en armonía con estas.* 3.11 *Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda, que resida en el Departamento, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.* 3.12 *Gestionar con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda y los servicios de salud mental.* 3.13 *Adoptar, difundir, implantar y evaluar la política de prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.*

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

TITULO I

ASPECTOS GENERALES

Artículo 1. Objeto. La presente Resolución tiene por objeto crear un modelo integrado para garantizar la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el pos a los afiliados al régimen subsidiado, estableciendo los procedimientos para el recobro, cobro y pago por parte de la Secretaria de Salud Departamental del Cesar, a las Administradoras de Planes de Beneficios y a los Prestadores de Servicios de Salud Públicos, privados o mixtos por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los Comités Técnico Científicos - CTC u ordenados mediante providencia de autoridad judicial.

Artículo 2. Ámbito de Aplicación. La presente Resolución aplica para el Departamento del Cesar, los Prestadores de Servicios de Salud y a las Administraciones de Planes de Beneficios que operen en el departamento que presten servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS a la población objeto.

Artículo 3. Financiación de la atención de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado. Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, se financiarán por el Departamento del Cesar con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones – Sector Salud- Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los recursos del esfuerzo propio territorial destinados a la financiación del NO POS de los afiliados a dicho régimen, los recursos propios de esta entidad territorial y los demás recursos previstos en la normatividad vigente para el sector salud.

Parágrafo. Los pagos correspondientes se realizarán de conformidad con los procedimientos presupuestales a que haya lugar.

TITULO II

**GARANTIA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS NO CUBIERTAS
POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**

Artículo 4. Evaluación de la situación en salud. La Secretaria de Salud Departamental del Cesar, luego de realizar el análisis de la situación de salud del territorio y las capacidades técnicas, operativas y financieras determinó, crear mediante Acto Administrativo un modelo integrado que garantice el acceso y la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento del Cesar.

Artículo 5. Comités Técnicos Científicos. Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, serán autorizados por el CTC de la EPS-S, conformado de acuerdo a lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013.

Parágrafo: La Secretaria de Salud del Departamento del Cesar, no reconocerá el suministro o autorización a través de CTC, de ningún servicio, actividad o tecnología que se considere como servicio, insumo, actividad o tecnología no financiable con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

CAPITULO I

**GARANTIA DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS NO CUBIERTAS EN
EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, CENTRALIZADA EN LA ENTIDAD
TERRITORIAL**

Artículo 6. Atención de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. La atención de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS se prestará de la siguiente manera:

1. Si se trata de un servicio o tecnología sin cobertura en el POS requerido en la atención inicial de urgencias o atención de urgencias o en el transcurso de una hospitalización, el prestador de servicios de salud que este atendiendo al afiliado deberá proceder de la siguiente manera:
 - a) Si tiene contratado el servicio o tecnología sin cobertura en el POS con el Departamento del Cesar, deberá prestarla previa autorización del CTC, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 u orden de autoridad judicial, y gestionar su pago ante la entidad territorial, en los términos y condiciones previstas en el contrato de prestación de servicios y tecnologías NO POS y en el Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo sustituyan o modifiquen.

Quando se trata de una urgencia manifiesta, la autorización del CTC será posterior, según lo establecido en el parágrafo del artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013.

b) Si no tiene contratado el servicio o tecnología sin cobertura en el POS con el Departamento del Cesar, se seguirá el siguiente procedimiento:

i) Si la IPS tiene el servicio habilitado, deberá prestarlo previa autorización del CTC en los términos del artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 u orden de autoridad judicial.

Cuando se trata de una urgencia manifiesta, la autorización del CTC será posterior, según lo establecido en el párrafo del artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013.

Para el pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, la IPS presentara la solicitud directamente a la EPS-S

ii) Si la IPS no tiene el servicio habilitado, deberá solicitar a la EPS-S a través del sistema de referencia y contra referencia, a donde debe remitir el paciente, quien indicara el prestador de servicios de salud que tenga habilitado el servicio o tecnología. Si dentro del listado de prestadores de servicios de salud, no existe uno habilitado para suministrarlo, la EPS-S deberá elegir dentro de su propia red el prestador de servicios de salud que lo brindará e informará a la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar, mediante correo electrónico dentro de las 24 horas siguientes.

El prestador de servicios de salud receptor del usuario, solicitará la autorización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS al CTC, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 y elevará la solicitud de pago directamente ante la EPS-S. La autorización deberá realizarse con la debida oportunidad de tal forma que se garantice el acceso oportuno al usuario de los servicios de salud.

Para el pago del o los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, la IPS presentará la solicitud de cobro ante la EPS-S donde se encuentre afiliado el usuario.

2. Para los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS requeridos en las demás situaciones, las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, deberán garantizarle el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, autorizados por CTC u ordenados por autoridad judicial, para lo cual, dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la autorización emitida por el CTC, definirán el prestador de servicios de salud que brindará dichos servicios de acuerdo con su red contratada.

Parágrafo 1: La prestación de servicios No Pos se hará prioritariamente con la Red Pública del Departamento del Cesar.

Parágrafo 2: La Secretaría de Salud del Departamento del Cesar, únicamente aceptará los cobros directos por Prestación de Servicios No Pos que presten las IPS con las que tenga contrato.

89

TITULO III

**PROCESO DE VERIFICACION, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y
TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL POS**

Artículo 7. Requisitos generales para la verificación y control de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. El proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, deberá garantizar que se verifique como mínimo que:

1. Al usuario a quien se suministró el servicio o tecnología sin cobertura en el POS le asistía el derecho al momento de su prestación.
2. El servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el POS para la fecha de prestación del servicio.
3. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.
4. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por autoridad judicial.
5. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue efectivamente suministrado al usuario.
6. El reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el POS compete al a entidad territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.
7. Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.
8. El valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas en la presente resolución y demás normas vigentes.
9. Las tarifas objeto de pago por la entidad territorial serán las pactadas en el acuerdo de voluntades.

Parágrafo. La Secretaría de Salud del Departamento del Cesar, adopta el Manual Único de Glosas y Devoluciones contemplado en el Artículo 14 de la Resolución 3047 de 2008.

Artículo 8. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. La Secretaria de Salud del Departamento del Cesar, aplicará las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el POS:

- a) Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el POS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007.

Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberán aplicar los descuentos de que trate el presente literal.

- b) Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el POS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre las tarifas de referencia de las entidades territoriales correspondientes o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituyan(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el Artículo 18 del Derecho 2357 de 1995 y Artículo 3 del Decreto 4877 de 2007.

Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.

Parágrafo 1. Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la entidad territorial. La EPS reconocerá al prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo 2. La diferencia no cubierta por la entidad territorial correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutica que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 3. La Secretaría de Salud del Departamento del Cesar y las Administradoras de Planes de Beneficios, consultarán el listado de comparadores administrativos adoptados publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en su página web.

CAPITULO II

GARANTIA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD A TRAVES DE LAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS QUE TIENEN AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

Artículo 9. *Garantía del suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.* Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, deberán garantizarles el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, autorizados por los Comités Técnico-Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial, en aquellos casos que por ubicación geográfica o no coincidencia de la red de prestadores con la EPS-S el ente territorial no pueda autorizarlo, esto con el fin de garantizar la integralidad y la oportunidad en la atención a la población del régimen subsidiado

Artículo 10. *Requisitos generales para la presentación de las solicitudes de los cobros.*

1. Las solicitudes de recobro ante la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar, por concepto de las tecnologías no incluidas en el plan de beneficios autorizados por el Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, deberán diligenciarse en el formato "FORMULARIO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo

[Handwritten signature]

"RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO" establecidos en los anexos de la Resolución 3099 de 2008.

2. Certificación de los integrantes del Comité Técnico Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. Esta certificación deberá actualizarse cada vez que se modifique uno o varios de los integrantes del Comité, previo registro ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 11. Requisitos generales para la presentación de las solicitudes de cada recobro.

Las entidades recobrantes deberán anexar a cada solicitud de recobro los siguientes documentos:

1. Formato de solicitud de cada recobro (Formato MYT) establecido en los anexos de la Resolución 3099 de 2008.
2. Copia del Acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o copia del fallo de Tutela.
3. Copia de la factura de venta o documento equivalente del proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. La factura o documento equivalente, debe identificar:
 - i. La entidad responsable de pago (EPS-S)
 - ii. La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
 - iii. Código, descripción, valor unitario y total.
 - iv. Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud.
 - v. Valor unitario.
 - vi. Valor Total.

Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de los servicios prestados. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: El medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor.

4. Copia de la factura emitida por la EPS-S, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, la factura debe identificar:
 - i. Número de la o las facturas de los prestadores que tenga cada recobro.
 - ii. Identificación del afiliado.
 - iii. Valor Total del Recobro.

Parágrafo 1. Cuando se trate de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, 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.

En todo caso, el representante legal de la entidad recobrante deberá indicar mediante una certificación, el número de la declaración de importación respecto de la solicitud del recobro, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Cuando la entidad recobre los costos asociados a los trámites de importación, estos deberán incluirse en una única solicitud recobro.

Parágrafo 2. Cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, estos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades; situación que será certificada bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad recobrante, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Artículo 12. Requisitos específicos para la presentación de solicitudes de recobro originadas en actas de Comité Técnico-Científico (CTC). Cuando se trate de recobros originados en actas de Comité Técnico-Científico (CTC) donde se autorice el suministro de tecnologías en salud NO POS, deberán allegar los siguientes documentos e información:

1. Copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC) en el formato establecido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, el cual deberá contener la siguiente información:

1.1 Fecha de elaboración y número de acta.

1.2 Nombre o tipo y número de identificación del usuario.

1.3 Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades - CIE 10 y análisis del caso objeto de estudio.

1.4 Resumen de las prescripciones u órdenes médicas, cantidad autorizada y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico tratante, el número del registro médico y su especialidad si la tuviere. Se debe indicar de forma expresa si el suministro de la tecnología en salud NO POS se efectuó en una urgencia manifiesta.

1.5 Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un medicamento:

1.5.1 Nombre del medicamento en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada.

1.5.2 Identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidad equivalente al medicamento.

1.5.3 Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, este debe identificarse en el acta, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, indicando el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

1.6 Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un Procedimiento:

1.6.1 El código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) correspondiente al procedimiento recobrado, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

e.

1.6.1.1 Si se trata de un procedimiento único o sucesivo, adicionalmente se debe identificar el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

1.6.1.2 Tratándose de un procedimiento único pero que debe ser repetido, adicionalmente se debe identificar el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así como el motivo, es decir, las razones por las cuales se requiere nueva evaluación (complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).

1.6.2 Identificación del o los procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) que se remplazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS), indicando objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total. Cuando no existan en el Plan de Beneficios procedimientos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el Comité Técnico-Científico (CTC), deberá manifestar esta situación en el acta, soportada con la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

1.6.3 Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS) correspondiente en cualquier caso.

1.7 Manifestación de la decisión adoptada por el Comité Técnico-Científico (CTC) frente a la autorización de la tecnología en salud NO POS, indicando la justificación técnica y normativa que la soporta.

1.8 Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico-Científico (CTC), indicando el número del registro médico de cada uno de ellos.

2. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto número 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. Evidencia de la entrega de la tecnología No POS, así:

3.1 Cuando la tecnología NO POS autorizada sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantas.

3.2 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias.

3.3 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria: copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

Parágrafo 1. Las actas que se generen de las reuniones del Comité Técnico-Científico (CTC) junto con sus soportes deberán estar a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás entidades de control, en el momento en que estas las requieran.

Parágrafo 2. Las actas del Comité Técnico-Científico (CTC), deberán estar debidamente firmadas por sus integrantes. Cuando la copia del acta que se remita como soporte de la solicitud del recobro no cuente con la totalidad de las firmas, se deberá adjuntar certificación del representante legal de la entidad recobrante donde indique bajo la gravedad del juramento que la sesión se realizó en la fecha indicada y las razones por las cuales no está suscrita por alguno de los integrantes autorizados.

②

200

Parágrafo 3. La entidad reclamante deberá garantizar para cada solicitud de recobro el adecuado envío, la calidad y nitidez de los documentos de soporte debidamente legajados con sujeción estricta al orden señalado en el presente artículo.

Parágrafo 4. La Secretaria de Salud del Departamento del Cesar y las Administradoras de Planes de Beneficios, consultaran el listado de comparadores administrativos adoptados publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en su página web.

Artículo 13. Requisitos específicos exigidos para la presentación de solicitudes de recobro originadas en fallos de tutela. Cuando se trate de recobros originados en fallos de tutela, las entidades recobrantes, deberán allegar:

1. Copia completa y legible del fallo de tutela, con el nombre de la autoridad judicial y el nombre o identificación del afiliado.

2. Evidencia de la entrega de la tecnología No POS, así:

2.1 Cuando la tecnología NO POS ordenada sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.

2.2 Cuando la tecnología NO POS ordenada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias.

2.3 Cuando la tecnología NO POS ordenada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

3. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto número 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

4. Cuando la tecnología en salud NO POS a recobrar se trate de un medicamento que tenga un comparador administrativo, este debe identificarse en el formato que para tal efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte la misma Dirección, indicando el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día, cantidad equivalente y diagnóstico con la Codificación Internacional de Enfermedades – CIE 10, de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

5. Cuando la orden del fallo de tutela no sea expresa para identificar la tecnología en salud NO POS autorizada, la entidad recobrante deberá presentar la justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud no incluida en el Plan de Beneficios (POS), que corresponderá, siempre y en cualquier caso a la condición clínico patológica del paciente e incluirá el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. En caso de prestación sucesiva indicar la frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado. La justificación médica deberá presentarse debidamente firmada por un médico de la entidad recobrante, con su respectivo número de registro médico, en el formato que para tal fin establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

R.

200

Parágrafo 1. La entidad reclamante deberá garantizar para cada solicitud de recobro el adecuado envío, la calidad y nitidez de los documentos de soporte debidamente legajados con sujeción estricta al orden señalado en el presente artículo.

Parágrafo 2. La Secretaria de Salud del Departamento del Cesar y las Administradoras de Planes de Beneficios, consultaran el listado de comparadores administrativos adoptados publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en su página web.

TITULO IV

PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL PARA PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Artículo 14. Etapas del proceso de verificación y control. Las solicitudes de recobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las etapas de radicación y auditoría.

Artículo 15. Etapa de radicación. Para el caso de Las Administradoras de Planes de Beneficios deberán presentar ante la Secretaria de Salud del Departamento del Cesar los Formatos MyTR, MyT01 o MyT02, junto con los soportes según corresponda (CTC – fallos de tutela). Este proceso se debe realizar de manera presencial en las instalaciones de la Secretaria de Salud del Departamento del Cesar.

Artículo 16. Término para la presentación de las solicitudes de recobro. Las entidades recobrantes deberán radicar las solicitudes de recobro ante la secretaria de salud del Departamento del Cesar, dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012.

Artículo 17. Días habilitados para la radicación de las solicitudes de recobro. Las entidades recobrantes deberán presentar las solicitudes de recobro dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, de acuerdo al cronograma establecido por la secretaria de salud departamental del Cesar.

Parágrafo. Si el último día habilitado para la radicación de los recobros es un día no hábil, esta se podrá radicar el día hábil siguiente al último día autorizado.

Artículo 18. Días habilitados para la radicación de las objeciones. El período habilitado para la radicación de las objeciones será entre el día 16 y el día 30 de cada mes.

Parágrafo. Si el último día habilitado para la radicación de las objeciones es un día no hábil, se podrán presentar solicitudes de recobro el día hábil siguiente al último día autorizado.

Artículo 19. Término para estudiar en auditoría las solicitudes de recobro. La Secretaria de Salud Departamental del Cesar, deberá llevar a cabo la auditoría e informar de su resultado dentro de los tres (3) meses siguientes al vencimiento del periodo de radicación en el que fue presentado el correspondiente recobro.

Artículo 20. Resultado del proceso de auditoría. El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro será:

1. **Aprobado:** El resultado de auditoría aprobado tiene las siguientes variables:

1.1. **Aprobado total:** Cuando todas las facturas del recobro cumplen con los requisitos señalados.

R.

RUC

1.2. **Aprobado parcial:** Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro.

1.3. **No aprobado:** Cuando haya facturas del recobro que no cumplen con los requisitos señalados.

Artículo 21. Comunicación de los resultados de auditoría a las entidades recobrantes. El resultado de la auditoría efectuada a las solicitudes de recobro se comunicara a la entidad recobrante en la dirección registrada por la misma, dentro de los cinco (15) días hábiles siguientes a la auditoría. Se conservara copia de la constancia de envío.

Artículo 22. Objeción a los resultados de auditoría. La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría realizada a los recobros, dentro de los tres (3) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada una de las facturas de los recobros. La objeción no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Las glosas no objetadas se entenderán aceptadas.

Artículo 23. Respuesta a la objeción presentada por la entidad recobrante. La Secretaria de Salud del Departamento del Cesar, dará respuesta de la revisión a las objeciones, dentro de los tres (3) meses siguientes a la radicación de las mismas.

Parágrafo. Cuando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado de la auditoría a las objeciones, podrá solicitar conciliación de las mismas.

Artículo 24. Monto a reconocer y pagar por recobro de tecnologías en salud NO POS. El monto a reconocer y pagar por recobros de tecnologías en salud NO POS, se determinará sobre el precio de compra al proveedor, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

1. Medicamentos NO POS autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), autorizados por el Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en dicho Plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Quando para el medicamento NO POS recobrado se haya establecido un comparador administrativo, el valor a reconocer y pagar por dicho concepto, será la diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

2. Procedimientos de salud NO POS, autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Parágrafo 1. Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud NO POS, la Secretaria de Salud del Departamento del Cesar, reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos

adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

Artículo 25. Pago de las solicitudes de recobro. Una vez realizado y reportado el informe de auditoría, Departamento del Cesar, procederá a cancelar los valores que resultaron a favor de las entidades recobrantes, de acuerdo con las disponibilidades presupuestales a que haya lugar.

TITULO V

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 26. Saneamiento contable. La Secretaria de Salud del Departamento del Cesar, los Prestadores de servicios de Salud, y las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, una vez recibidos o realizados los pagos o giros correspondientes, deberán reflejarlos en su contabilidad de acuerdo con su naturaleza y los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad.

Artículo 27. Vigencia. La presente Resolución rige a partir del 01 de agosto del 2015.

PUBLÍQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Valledupar, a los

24 JUL 2015


ERIKA VIVIANA MENDOZA GÓMEZ
Secretaria de Salud Departamento del Cesar

Elaboró: Yehimy Ortiz Hernández – P.E. Delegada Recobros
Revisó: Daysi Rocío Moreno – Profesional Especializado autorizaciones
Walfran Suarez Infante – Profesional Especializado auditoria
José Fernández Celedón – Líder Asuntos en Salud
Revisó y ajustó: Richard José Jairo Aponte. - Asesor Jurídico Secretaria de Salud Departamental. (2)