



| | |
|---|---|
|   | <p>Departamento de Risaralda</p> <p>Secretaria de Salud</p> <p>RESOLUCIÓN</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p>Fecha:03/2019</p> |


RESOLUCIÓN No. 00 - 346 15 MAR 2019

POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC DEL REGIMEN SUBSIDIADO, A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

La Secretaria de Salud del Departamento de Risaralda, en uso de sus atribuciones legales, en especial la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Resolución 2438 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y la Resolución 5871 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

CONSIDERANDO:

1. Que las entidades territoriales de conformidad con la Ley 715 de 2001, tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad.
2. Que las Entidades Promotoras de Salud son responsables de los contenidos y coberturas del Plan de beneficios para la población afiliada al Régimen Subsidiado. así como de la integralidad en la prestación de los servicios de salud.
3. Que el Decreto No. 196 de 2013 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, señala que el componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, involucra la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado;
4. Que en los términos del numeral 2.2 del artículo 2. del precitado decreto y en virtud de la unificación de los planes obligatorios de salud de los Regimenes Contributivo y Subsidiado, se entiende como servicios de salud no incluidos en los planes de beneficios, "aquellos que sean requeridos con necesidad. conforme al criterio del médico tratante de la Entidad Promotora de Salud o por orden judicial y que en todo caso no estén considerados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 del Congreso de la República, como prestaciones no financiadas por el sistema por la población afiliada al Régimen Subsidiado";
5. Que mediante Auto número 263 de 2012, la Honorable Corte Constitucional declaró el incumplimiento de las Órdenes 24 y 27 de la Sentencia T-760 de 2008, y entre otras ordenó el rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, para Lo cual solicitó al Ministerio de Salud, entre otros, evaluar la posibilidad de unificar en el régimen contributivo y subsidiado, el sistema de recobro;
6. Que en fecha 6 de mayo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social fue expedida la Resolución 1479 de 2015 por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de beneficios con cargo a la UPC

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p>Fecha: 03/2019 15 MAR 2019</p> |

suministradas a los afiliados del Régimen subsidiado, derogando la Resolución 5073 de 2013.

7. Que mediante la Resolución No. 1261 de 2015, la Secretaría Departamental de Salud adopta el modelo establecido en el Título II Capítulo II artículos 9 y 10 de la Resolución 1479 de 2015
8. Que con la expedición de la Resolución 2438 de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones
9. Que se hace necesario ajustar el procedimiento de cobro, verificación y control y pago de las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado, que se suministran a los afiliados, de tal forma que se agilice el flujo de recursos de las entidades territoriales a los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos que brindan estos servicios y tecnologías.

Que en mérito de lo expuesto, este despacho,

RESUELVE:

TITULO I



Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto proyectar el procedimiento para el cobro y pago por parte del Departamento de Risaralda — Secretaría de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos, de las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado, provistas a los afiliados, prescritos por los profesionales en salud en la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio, establecido en la Resolución 2438 de 2018, autorizados por las Juntas de Profesionales en los casos que aplique u ordenados mediante providencia de autoridad judicial

Artículo 2. Ámbito de aplicación. El presente acto administrativo aplica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y a los Prestadores de Servicios de Salud, que garanticen a sus usuarios la prestación de tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado y cobren los mismos al Departamento de Risaralda — Secretaría de Salud. Por el tema de movilidad aquí también se incluyen las EPS del contributivo que tengan a su cargo usuarios del Régimen Subsidiado.

TITULO II

GARANTIA DE LA PRESTACION DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC DEL REGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 3. Garantía del suministro de tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado. La Secretaría Departamental de Salud mediante

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaria de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p>Fecha: 03/2019 15 MAR 2019</p> |

Resolución 1261 de 2015 adoptó el modelo establecido en el Título II Capítulo II artículos 9 y 10 de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

TITULO III

PROCESO DE PRESENTACION, RADICACION, VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE COBRO Y DE RECOBRO



Artículo 4. Requisitos generales para el proceso de verificación y control de los cobros/recobros. Las Entidades administradoras de planes de beneficios, presentaran ante la Secretaria Departamental de Salud de Risaralda por cada solicitud de cobro o de recobro los siguientes documentos. Una vez se garantice la verificación de los requisitos mínimos establecidos en el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social:

1. Formato de solicitud de cada cobro establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social (Formato MYT)
2. Copia impresa de la prescripción dispuesta en la herramienta tecnológica con su respectivo número, o copia del fallo de tutela
3. Dos copias de la factura de venta o documento equivalente
4. Archivo en medio magnético formato Excel, con la estructura definida en el numeral 1.2.2 registro tipo 2_ registro de detalle de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios suministradas o prestadas, del anexo técnico relacionado en la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Tarifas pactadas entre las EPS e IPS certificada por el Representante Legal
6. Copia de las Acta de las reuniones de las Juntas de Profesionales, en los casos que aplique
7. Documento soportes donde se evidencie la entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios.

PARAGRADO 1: El término Cobro, aplica para todas aquellas atenciones que realicen los Prestadores de Servicios de Salud que no están financiadas por el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado y que las EAPB presentan ante la Entidad Territorial sin haber sido pagadas previamente por esta a los Prestadores de servicios de salud, los cuales una vez superada la etapa de verificación y control serán pagados directamente al prestador de salud que los haya suministrado.

El término Recobro, aplica para todas aquellas atenciones que realicen los Prestadores de Servicios de Salud que no están financiadas por el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado, y que están amparadas por fallo de tutela a nombre de la EPS subsidiada para el cubrimiento del

J.

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaria de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p style="text-align: right;">Fecha: 03/2019 15 MAR 2019</p> |

servicio, la EAPB cancelará dicho servicio a la IPS correspondiente y recobrará el valor correspondiente a la Entidad Territorial, teniendo en cuenta los requisitos de la presente Resolución.

Artículo 5. Las EPS consultarán en la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC o servicios complementarios, para garantizar a sus afiliados el suministro efectivo de lo prescrito u ordenado por el Profesional de la Salud, sin que se requieran autorizaciones administrativas o de pertinencia médica de terceros, excepto cuando se trate de la prescripción de tecnologías en salud o servicios complementarios que requieran análisis por parte de la Junta de Profesionales, en cuyo caso la aprobación estará dada por esta y en el evento de ser aprobado deberá suministrarse, los prestadores que han suministrado las tecnologías no financiadas por el plan de beneficios y que han sido aprobadas por las Juntas de Profesionales deberán tener en cuenta lo establecido en el Título II capítulo I, Reporte de prescripción, Juntas de Profesionales de la Salud y Suministro, y el capítulo II de la Resolución 2438 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 6. Documentos específicos exigidos de acuerdo al tipo de tecnología en salud suministrado:

1. Cuando la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios se trate de un medicamento:

1.1 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.



1.2 Identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios 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. Farmacéutica. Número de días/tratamiento, equivalente al medicamento, concentración. Forma. Dosis/día y cantidad

1.3 Si el medicamento cobrado tiene un comparador administrativo. Éste debe identificarse en el aplicativo de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte el Ministerio de Salud y 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.

1.4 Anexar copia firmada por el Usuario en la cual certifique con su firma, cédula y número telefónico la entrega del medicamento, se debe especificar número de la entrega

1.5 Anexar con la factura la nota crédito en la cual especifique el valor del homólogo

2. Cuando la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios se trate de un Procedimiento:

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p>Fecha: 03/2019</p> <p style="text-align: right;">15 MAR 2019</p> |

2.1 El código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS correspondiente al procedimiento cobrado, frecuencia de Uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

2.2 Si se trata de un procedimiento Único o sucesivo. Adicionalmente se debe identificar el objetivo. Esto es: prevención, diagnóstico. Tratamiento y/o rehabilitación.

2.3 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).

2.4 Identificación del o los procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios 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, La Junta de Profesionales deberá manifestar esta situación en el acta, soportada con la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

2.5 Copia de la prescripción en herramienta tecnológica, con el lleno de los requisitos de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. Evidencia de la entrega de la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios, así:



3.1 Cuando la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios autorizada sea de tipo ambulatorio: documento original con la 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, copia de la prescripción en la herramienta tecnológica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las Entidades recobrantes.

3.2 Cuando la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios autorizada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias, copia del informe de atención inicial de urgencias.

3.3 Cuando la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios, 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.

PARAGRAFO 1. En caso de presentaciones sucesivas, la copia de la prescripción en el aplicativo y del Acta de la Junta de Profesionales en los casos que aplique, se presentará tanto la primer vez como en las posteriores solicitudes.

PARAGRAFO 2. Las Actas que se generen de las reuniones de las Juntas de Profesionales junto con sus soportes deberán estar a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social, de la

| | |
|---|---|
|   | <p>Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p>RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p>Fecha: 03/2019</p> <p>15 MAR 2019</p> |

Superintendencia Nacional de Salud y de las demás Entidades de Control, en el momento en que éstas las requieran.

PARAGRAFO 3. Las actas de las Juntas de Profesionales deberán estar debidamente firmadas por sus integrantes. Cuando la copia del acta que se remita como soporte de la solicitud del cobro no cuente con la totalidad de las firmas, se deberá adjuntar certificación del representante legal de la entidad administradora de planes de beneficio 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, de lo contrario carecerá de validez.

Artículo 7. Documentos específicos exigidos para la presentación de solicitudes de cobro originadas en fallos de tutela. Cuando se trate de cobro originados en fallos de tutela, además de los requisitos de que trata el artículo 5 de la presente resolución, deberá acatar lo establecido en el artículo 29 de la Resolución 2438 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios 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 en salud no financiada por el Plan de Beneficios, así:
 - 2.1 Cuando la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios ordenada sea de tipo ambulatorio: documento original con la 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, copia de la prescripción en el aplicativo-MIPRES, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantas.
 - 2.2 Cuando la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios ordenada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias
 - 2.3 Cuando la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios 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.
 - 2.4 Copia de la prescripción realizada en la herramienta, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La prescripción deberá ajustarse a lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 del Ministerio de Salud y Protección Social, a la Resolución 2438 del Ministerio de Salud y Protección Social y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
 - 2.5 Cuando la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios a cobrar se trate de un medicamento que tenga un comparador administrativo, éste debe identificarse en el formato adoptado por la Secretaría Departamental de Salud, que hace parte como anexo a esta resolución, y que obedece a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que este adopte, indicando el nombre

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaria de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p>Fecha: 03/2019 15 MAR 2019</p> |

en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual (es) 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.

2.6 Cuando la orden del fallo de tutela no sea expresa para identificar la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios autorizada, la EAPB deberá presentar la justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud no incluida en el Plan de Beneficios, que corresponderá, siempre y en cualquier caso a la condición Clínica 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 EAPB, con su respectivo número de registro médico, en la herramienta tecnológica establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 2438 de 2018.

PARAGRAFO 1. En caso de prestaciones sucesivas, la copia del fallo de tutela se presentara tanto la primer vez como en las posteriores solicitudes.



PARAGRAFO 2. Las solicitudes de cobros que se presenten al Departamento de Risaralda Secretaria de Salud y que tengan como origen fallos de tutela que no sean expresos en cuanto a la tecnología en salud ordenada, las EPS deberán presentar el formato de la justificación de la necesidad médica, que se encuentra en la herramienta de prescripción.

PARAGRAFO 3. Las solicitudes de cobro que se presenten al Departamento de Risaralda Secretaria de Salud relacionados con traslados terrestres, aéreos, entre otros, gastos de alojamiento, viáticos, manutención, se debe aportar evidencia de la asistencia al servicio solicitado para que aplique el correspondiente cobro.

Artículo 8. Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente. La factura de venta o documento equivalente, expedida por el prestador de la tecnología en salud en salud no financiada por el Plan de Beneficios, deberá especificar, como mínimo:

1. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud en salud no financiada por el Plan de Beneficios.
2. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud en salud no financiada por el Plan de Beneficios.
3. Demás requisitos exigidos en las normas tributarias vigentes.

PARAGRAFO 1. Cuando se trate de cobros por medicamentos importados deberá allegarse copia de: la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad utilizo para la nacionalización del producto.

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p>Fecha: 03/2019 15 MAR 2019</p> |

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

Cuando la entidad cobre los costos asociados a los trámites de importación, éstos deberán incluirse en una Única solicitud de cobro.

PARAGRAFO 2. Cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad prestadora, éstos 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 que realiza el cobro, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Artículo 9. Proceso de presentación y radicación de cuentas. El proceso de presentación y radicación de cuentas será realizado por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, a nombre del proveedor y/o Institución Prestadora de Servicios de Salud que haya suministrado la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, para lo cual la Secretaría Departamental de Salud, verificará que la solicitud cumpla con los requisitos establecidos en la presente Resolución y que la factura emitida por el proveedor o prestador de servicios de salud se realizada a nombre del Departamento de Risaralda — Secretaría de Salud, teniendo en cuenta los conceptos que sobre la materia emita el Ministerio de Salud y Protección Social y/o Superintendencia Nacional de Salud.

PARAGRAFO 1: En aquellos casos donde se emita un fallo judicial a nombre de la EPS subsidiada para el cubrimiento de la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, la EAPB cancelará dicho servicio a la IPS correspondiente y recobrará el valor correspondiente al Departamento de Risaralda, teniendo en cuenta los requisitos establecidos en el presente artículo,

PARAGRAFO 2: En aquellos casos en que la EPS del régimen subsidiado incurra en costos por anticipos para la adquisición de tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios, ya que son de difícil consecución, La EPS cancelará dicho servicio a la IPS correspondiente y recobrará el valor correspondiente al Departamento de Risaralda, teniendo en cuenta los requisitos establecidos en la presente Resolución.

TÍTULO IV

ETAPA DE AUDITORIA INTEGRAL

Artículo 10. Objeto de la etapa de auditoría integral. El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de las solicitudes de los recobros/cobros.

PARAGRAFO 1.- Las solicitudes de cobro que ingresen al proceso de auditoría integral se auditarán conforme al Manual de auditoría integral de recobros/cobros por tecnologías en salud no financiadas

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p style="text-align: right;">Fecha: 03/2019 15 MAR 2019</p> |

por el Plan de Beneficios, adoptado por la Secretaría de Salud, teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- Etapa de radicación: El objeto de esta etapa es presentar ante la Secretaría Departamental de Salud, los Formatos solicitud de Recobros/Cobros que correspondan, junto con los soportes en medio impreso o magnético según la normatividad vigente.
- Etapa de pre-auditoría: El objeto de esta etapa es verificar que el Recobros/Cobros contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales.
- Etapa de auditoría integral: El objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los Recobros/Cobros, conforme el manual de auditoría.
- Etapa de Pago: El objeto de esta etapa es generar el pago del Recobros/Cobros, conforme a los resultados obtenidos una vez surtido el proceso de auditoría integral y de acuerdo con las disposiciones de la normatividad vigente.
- Con respecto a lo glosado se hará teniendo en cuenta el listado de glosas establecido por ADRES, vigentes para el proceso de MIPRES, adoptado por la Secretaría Departamental de Salud, que hace parte como anexo de esta Resolución, lo cual será notificado a la respectiva Entidad.

PARAGRAFO 2. - Con respecto a la Auditoría de la radicación de las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado, autorizadas por el Comité Técnico Científico u ordenados a través de fallos de tutela, que no fueron realizados a través de la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que los servicios respaldados por fallos de tutela que son presentados como anticipos, se tendrá en cuenta además de las glosas del listado de ADRES, el listado de glosas de la Resolución No.5395 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio tendrán en cuenta el plazo estipulado en la presente Resolución para la radicación de dichas cuentas.

Artículo 11. Resultado del proceso de auditoría integral. El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro será:

1. Aprobado: Cuando todos los ítems del recobro/cobro cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría adoptado,
2. No aprobado: Cuando todos los ítems del recobro/cobro no cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría adoptado

Artículo 12. Comunicación de los resultados de auditoría a las entidades que realizan el recobro/cobro. El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro/cobro se comunicará por el Departamento de Risaralda — Secretaría de Salud o la entidad que se defina para el efecto, al representante legal de la entidad solicitante. A la dirección electrónica registrada por la entidad que realiza el recobro/cobro y al domicilio informado por la misma, dentro de los tres (3) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación, se notificarán las glosas aplicadas, en los casos en que la aprobación sea total se les enviará la Resolución de pago.

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p style="text-align: right;">Fecha: 03/2019 15 MAR 2019</p> |

Artículo 13. Contenido de la comunicación. La comunicación deberá contener la siguiente información"

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número de radicación de cada recobro/cobro.
3. Resultado de la auditoría integral por recobro.
4. Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.

Artículo 14. Objeción a los resultados de auditoría. La Entidad que realiza el recobro/cobro podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a las solicitudes, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de tal comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

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.

Si la Entidad considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se pueden desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro/cobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información: si por el contrario, los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro/cobro la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas.



Las objeciones incluirán el número de identificación de la solicitud de recobro/cobro asignado inicialmente.

Artículo 15. Respuesta a la objeción presentada por la Entidad que realiza el recobro/cobro, El Departamento de Risaralda - Secretaría de Salud o la Entidad que se autorice para tal efecto, dentro del mes siguiente a la radicación de la objeción dará respuesta a esta, así como a la información adicional presentada para subsanar otras glosas. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

TITULO V

TERMINOS Y PLAZOS

Artículo 16. Término para la presentación de las solicitudes de cobro. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio- EAPB que realizan el recobro/cobro deberán adelantar las etapas de radicación de las solicitudes ante el Departamento de Risaralda - Secretaría de Salud o la Entidad que se autorice para tal efecto, de acuerdo a la normatividad vigente.

| | |
|---|---|
|   | <p>Departamento de Risaralda Secretaria de Salud</p> <p>RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p>Fecha: 03/2019</p> |

15 MAR 2019

Artículo 17. Días habilitados para la radicación de las solicitudes de recobro/cobro. Las EAPB deberán presentar las solicitudes de recobro/cobro dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes.

Parágrafo 1. Si el último día habilitado para la radicación de los recobros/cobros es un día no hábil, esta se podrá radicar el día hábil siguiente al último día autorizado

Parágrafo 2. La radicación de los recobros/cobros se deberán realizar en las Instalaciones de la Secretaria Departamental de Salud, área Grupo de Auditoria de Cuentas ubicado actualmente en el sexto piso de la Gobernación de Risaralda, la radicación deberá hacerse de manera presencial para su verificación. La facturación por concepto de servicios o tecnologías sin cobertura en Plan de Beneficios que sea enviada a través de otro medio no presencial no se entenderá como recibida y será devuelta.

Artículo 18. Plazo para adelantar las etapas del proceso de auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro y efectuar el pago cuando sea procedente. El Departamento de Risaralda - Secretaria de Salud o la Entidad que se autorice para tal efecto, deberá llevar a cabo la etapa de auditoría integral e informar de su resultado a la entidad que efectúa el recobro/cobro, dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del periodo de radicación en el que fue presentado el correspondiente recobro/cobro.

TITULO VI



PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO

Artículo 19. Monto a reconocer y pagar por el cobro de tecnologías en salud en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado. El monto a reconocer y pagar por dichos cobros, se determinará de la siguiente manera"

- a) Si el precio del servicio o la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicha tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(m) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Secretaria de Salud, anexo a la presente Resolución, y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 16 del Decreto 2357 de 1995 Ministerio de Salud y Protección Social y 3 del decreto 4877 de 2007 Ministerio de Salud y Protección Social,

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

- b) Si el precio de la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios 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 (valores pactados en los contratos entre las EPS e IPS) o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaria de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p>Fecha: 03/2019 15 MAR 2019</p> |

Plan de Beneficios 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 Secretaria Departamental de Salud, anexo a la presente Resolución, y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y el artículo 3 del Decreto 4877 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los Homólogos se tomará como referencia las tarifas pactadas entre las EPS e IPS, a la cual se le aplicará el incremento anual del IPC, teniendo en cuenta que no deberá exceder la tarifa contratada.

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

Parágrafo 1. Cuando el valor de la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante el Departamento de Risaralda — Secretaria de Salud. La EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor de la 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 Plan de Beneficios del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) O sustituya(n). O al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 3. La Entidad Territorial pagará directamente a los proveedores o prestadores de servicios de salud el valor de la tecnología en salud no financiada por el Plan de Beneficios que hayan superado procedimiento de verificación y control.



Artículo 20. Financiación de las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado. Las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios, suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado, se financiarán por el Departamento de Risaralda — Secretaria de Salud, 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 de las rentas cedidas del sector salud previstos para la financiación de las tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, de los afiliados a dicho régimen y los demás recursos que se destinen al pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en Plan de Beneficios

Los pagos se realizarán de conformidad con el comportamiento del recaudo de los recursos y al plan anualizado de caja — PAC, conforme a los procedimientos presupuestales a que haya lugar.

TITULO VII

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 21. Facultades para establecer periodos de radicación y cronogramas. El Departamento de Risaralda - Secretaria de Salud, podrá fijar otros periodos de radicación o ampliar los establecidos

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p>Fecha: 03/2019 15 MAR 2019</p> |

en la presente resolución, en caso de ser necesario, y fijar los cronogramas que se requieran para tal fin.

Artículo 22. Formatos para el proceso de verificación. Control y pago de las solicitudes de cobro. Se adoptaran los formatos y anexos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales las entidades solicitantes deberán diligenciar para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro.

Artículo 23. Determinación de las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios. Para determinar si la tecnología suministrada al afiliado se encuentra o no cubierto en el Plan de Beneficios, Las Juntas de Profesionales y el Departamento de Risaralda — Secretaría de Salud deberán:

- a. Aplicar los acuerdos, resoluciones y demás actos administrativos que establecen o precisan los contenidos del Plan de Beneficios y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
- b. Aplicar los criterios establecidos por el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en salud No incluidas en el Plan de Beneficios del Ministerio de Salud y Protección Social.
- c. Aplicar los conceptos emitidos por la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.
- d. Adopción de los anexos técnicos de comparadores administrativos para medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- e. Aplicar la ley 1751 de 2015 del Congreso de la República, capítulo III, artículo 17 Autonomía Profesional

Artículo 24 Vigencia. Teniendo en cuenta que mediante Resolución No.5871 del 28 de diciembre del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se modifica el artículo 46 de la Resolución 2438 del Ministerio de Salud y Protección Social, ampliando el plazo de activación en el aplicativo de prescripción de las Entidades Territoriales responsables de la garantía del suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios, el cual queda a más tardar al 1 de abril de 2019, de acuerdo a lo anterior, La Secretaría Departamental de Salud se activará en el aplicativo de prescripción a partir del 1 de abril de 2019.

La prescripción de las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios o de servicios complementarios se hará en la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, las radicaciones por los servicios prestados a partir de esa fecha deberán cumplir con lo estipulado en la presente resolución.

Se concede un plazo a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios no superior a seis (6) meses contados a partir de del 1 de abril de 2019, para la radicación de las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado, autorizadas por el Comité Técnico Científico u ordenados a través de fallos de tutela, que no fueron realizados a través

A

| | |
|---|--|
|   | <p style="text-align: center;">Departamento de Risaralda Secretaría de Salud</p> <p style="text-align: right;">RESOLUCIÓN 00 - 346</p> |
| <p>Versión: 5</p> | <p style="text-align: right;">Fecha: 03/2019 15 MAR 2019</p> |

de la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para su auditoría se tendrán en cuenta los tiempos de radicación según la norma, Ley 1753 de 2015 del Congreso de la República, artículo 73 literal a, finalizado el plazo allí estipulado sin haberse presentado la reclamación o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación.

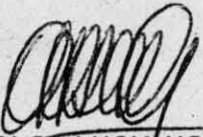
La presente Resolución queda sujeta a cambios que sobre la materia expida el Ministerio de Salud y Protección Social, en especial la Resolución 1479 de 2015 y la Resolución 2438 de 2018.

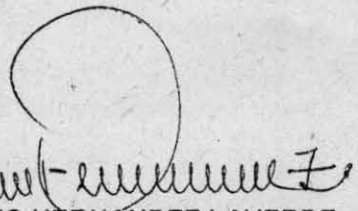
Artículo 25: La presente resolución rige a partir del 1 de abril de 2019 y deroga la Resolución 1261 de 2015 de la Secretaría Departamental de Salud, salvo lo previsto en el título II artículo 3 que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de las tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, suministrada a los afiliados del Régimen Subsidiado en salud, a cargo del Departamento de Risaralda, igualmente deroga la Resolución 906 de 2017 de la Secretaría Departamental de Salud, y anula la Resolución No.2536 del 14/12/2018 de la Secretaría Departamental de Salud, la cual fue modificada en la presente Resolución.

Publíquese y Cúmplase:

Dado Pereira a los

15 MAR 2019


OLGA LUCÍA HOYOS GÓMEZ
 Secretaria de Salud Departamental


LUIS ALBERTO HERNÁNDEZ LAVERDE
 Director Operativo de Prestación de Servicios

Proyectó: Adriana N. Vélez, Profesional Especializada

Revisó: Evila Rosa Gállego Palencia, Profesional Especializada, Área Jurídica