

	<b>Gobernación de Arauca</b> <b>Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca</b> <b>NIT 900.034.608 – 9</b>	
	<b>DIRECCION</b>	<b>CÓDIGO:00</b>
<b>RESOLUCION No. 763 DE 2015</b>	<b>VERSION: 01</b>	<b>TRD:</b> Página 1 de 2

Por medio de la cual se adopta el procedimiento para cobro y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministrado a los afiliados del Régimen Subsidiado en salud del Departamento de Arauca establecido en la Resolución 1479 de 2015

**EL DIRECTOR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA**

En uso de atribuciones legales y reglamentarias en especial las conferidas por el Decreto No 333 de 2005.

**CONSIDERANDO:**

Que mediante Decreto 333 de 2005, le fue asignada a la UAE de Salud de Arauca, entre otras por mandato de la Ley 715, la función de 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 el Departamento de Arauca, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

Que el artículo 25º de la Ley 1438 de 2011 estableció que "El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

Que el ordinal décimo séptimo de la Sentencia T-760 de 2008, impone a la entidad competente para realizar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud.

Que mediante Resolución 5521 de 2013, se definió, aclaró y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud -POS-

Que actualizado el Plan Obligatorio de Salud POS, existen servicios y tecnología no incluidos en la actualización y que son necesarias para mejorar las condiciones de salud del afiliado al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que para garantizar los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados del Régimen Subsidiado en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1479 de 2015.

Que la precitada Resolución, establece el procedimiento para el cobro y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministrado a los afiliados del Régimen Subsidiado en salud.



Que para el cumplimiento de ello, el Departamento debe adoptar uno de los modelos establecido en los capítulos I y II de la Resolución 1479 de 2015 o un modelo integrado de acuerdo a la situación de salud, condiciones técnicas, operativas y financieras.

Que una vez analizada la situación de salud del Departamento de Arauca y sus condiciones técnicas, operativas y financieras, se decide optar por el modelo que integre la garantía del suministro de servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, Centralizadas en la Entidad Territorial y a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado.

Que en mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Adáptese el Manual de procedimientos para cobro y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministrado a los afiliados del Régimen Subsidiado en salud del Departamento de Arauca, así:

	<b>Gobernación de Arauca</b> <b>Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca</b> <b>NIT 900.034.608 – 9</b>	
	DIRECCION	<b>CÓDIGO:00</b>
	<b>RESOLUCION No. 763 DE 2015</b>	<b>VERSION: 01</b>
		TRD: Página 2 de 2

*Servicios y Tecnologías sin cobertura en el POS.* Los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud serán garantizados a través del modelo integrado de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio, Centralizadas en la Entidad Territorial y a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado.

**Parágrafo:** Que con la adopción del modelo integrado, se deja en claro que si bien la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca - UAESA es la obligada en el reconocimiento de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios continúan con la Administración del Riesgo.

**ARTICULO SEGUNDO:** Los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud serán provistos a los afiliados al Régimen Subsidiado previa autorización del Comité Técnico Científico - CTC, el cual operará de manera presencial en el Departamento de Arauca para cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB.

**Parágrafo:** Para la aplicación de esta resolución solo se admitirán las solicitudes de servicios y tecnologías NO POS presentadas posterior a la entrada en vigencia de la presente resolución. Las demás solicitudes y hasta entonces se seguirán pagando por recobro.

**ARTICULO TERCERO** *Garantía, Pago y Cobro de los Servicios y Tecnología sin Cobertura en el POS.* El procedimiento para la garantía de la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS así como el respectivo pago y cobro se encuentran establecidos en el Documento Técnico que hace parte integral de la presente Resolución. El pagador de las Tecnologías y servicios No cubiertos por el POS será el Departamento de Arauca a través de la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca – UAESA.

**Parágrafo:** Para la auditoria de las cuentas presentadas por las EAPB se tendrá en cuenta el Manual de Auditoria Integral de Recobros por Tecnologías en Salud No Incluidas en el Plan de Beneficios, expedido por el Ministerio de Salud y Protección en febrero de 2015.



**ARTICULO CUARTO.** *Pago de los Servicios y Tecnología sin Cobertura en el POS.* Los servicios y tecnología sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud serán reconocidos con los recursos destinados a garantizar la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado en lo no cubierto por el POS de la Subcuenta de Prestación de Servicios de Salud del Fondo Departamental de Salud de Arauca

**ARTICULO QUINTO:** El modelo integrado de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio, Centralizadas en la Entidad Territorial y a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado aplicará a partir del 1 de Julio de 2015

PUBLIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Arauca a los 01 de Junio de 2015

  
**EDGAR ALEXANDER CONTRERAS VELASQUEZ**  
 Director

Elaboró: Marcela L.   
 Revisó: Stella Acevedo   
 Diego L. Márquez

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA COBRO Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, MEDIANTE EL CUAL SE ADOPTA EL MECANISMO PARA LOS PAGOS DE LOS SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL POS SEGÚN RESOLUCION 1479 DEL 6 DE MAYO DE 2015**

**OBJETO:** La presente resolución tiene por objeto 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 Técnico Científicos - CTC u ordenados mediante providencia judicial.

**Financiación:** Estos servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado **NO POS**, serán financiados por la UAESA con recursos del Sistema General de Participaciones – Sector Salud- Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con los subsidios a la demanda, recursos del esfuerzo propio territorial destinados al NO POS, recursos propios de la UAESA y los demás recursos previstos en la vigente norma.

### **ANALISIS SITUACIONAL**

El Departamento de Arauca se ubica en una zona geográfica aislada en el nororiente del país. Sus municipios carecen de infraestructura de tercer o cuarto nivel de complejidad para la atención de la patología compleja.

La actual red de prestadores de servicios de la Unidad Administradora Especial de Salud de Arauca – UAESA en el departamento solo son de segundo nivel y los de mayor complejidad se ubican fuera del mismo.

La red de prestadores de las diferentes EPS que operan en el departamento de Arauca de mayor complejidad también se ubica fuera del departamento de Arauca e incluso fuera del área de influencia del mismo o de su zona geográfica.

En la mayoría de los casos de alta complejidad las diferentes EPS trasladan sus usuarios a departamentos e IPS donde no se tiene cobertura para la

prestación de servicios por parte de la Unidad Administradora Especial de Salud de Arauca – UAESA.

Por tal razón es difícil poder contar con una red de servicios amplios y suficientes que dé cobertura a la población de usuarios del departamento de Arauca y esté relacionada con la red de prestadores de las diferentes EAPB.

La Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca – UAESA por sus limitaciones en su Red de Servicios departamental y de su área de influencia, y para garantizar la presentación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, adoptará los dos modelos establecidos en el capítulo I y II de la Resolución 1479 de 2015. Lo anterior debido al alto porcentaje de usuarios remitidos a otros departamentos por las limitaciones tecnológicas y de infraestructura presentes en el departamento de Arauca.

Acorde a las necesidades del departamento se crean dos modelos integrados siguiendo las reglas establecidas para cada uno de ellos modelos definidos dentro de la Resolución 1479, para permitir garantizar el flujo de recursos oportuno para los prestadores de servicios de salud.

## **MODELO A ADOPTAR**

### **Modelo 1**

#### **GARANTIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO POS, CENTRALIZADAS EN LA UAESA.**

La Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca – UAESA presentará anualmente su listado de prestadores de servicios de salud sin cobertura en el POS a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB.

Así mismo informará a los usuarios y a la EPS que operan en su territorio, la red de prestadores definida para garantizar los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.

A partir del momento de la vigencia del presente acto administrativo la UAESA publicará el listado de prestadores en la página web de la entidad, [www.unisaludarauca.gov.co](http://www.unisaludarauca.gov.co)

La prestación de los servicios se hará a través de las Empresas Sociales del Estado ESE, que se encuentren debidamente habilitadas, excepto en los casos en que no exista la oferta en dicha red prestadora, previo concepto del Ministerio de Salud y Protección Social, se podrá contratar otro prestador.

La prestación de estos servicios y tecnologías se hará de la siguiente manera:

Si el servicio o tecnología NO POS se requiere en la atención inicial de urgencias o durante una hospitalización, la IPS que tiene el paciente deberá proceder así:

-Si la IPS es de la red contratada de la UAESA, podrá prestar el servicio previa autorización del Comité Técnico Científico – CTC, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la resolución 5395 de 2013, así:

a) El médico tratante presentará por escrito al Comité técnico Científico la prescripción u orden médica y su justificación, adjuntando la historia clínica o epicrisis y demás información que sustente su decisión.

Los medicamentos deberán ser solicitados en denominación genérica, e indicar los medicamentos POS que lo reemplacen o sustituyan, con todos los requisitos exigidos en dicha resolución.

Los procedimientos deberán estar identificados con el código CUPS, tanto el solicitado como el procedimiento POS a sustituir.

b) En los dos (2) días siguientes a la presentación de las órdenes médicas y la respectiva justificación del médico tratante el Comité Técnico Científico – CTC deberá decidir sobre la petición presentada y registrar su decisión en la respectiva acta. Se podrá pedir información adicional dentro de los dos días siguientes y el comité contará con tres (3) días hábiles para decidir sobre la petición formulada.

c) El resultado será informado al día siguiente al médico tratante y al usuario.

La IPS gestionará el pago a la UAESA en los términos y condiciones pactados en el contrato de prestación de servicios y en el decreto 4747 de 2007, y demás normas que lo sustituyan o modifiquen.

Cuando se trate de una URGENCIA MANIFIESTA la autorización del CTC será posterior, según lo establece el artículo 10 de la resolución 5395 de 2013.

-Si la IPS que prestará el servicio no tiene contrato con la UAESA se procederá así:

(I) Si el servicio está habilitado, este se prestará previa autorización del CTC en los términos del artículo 10 de la resolución 5395 de 2013. Cuando se trate de una URGENCIA MANIFIESTA la autorización del CTC será posterior, según lo establece el artículo 10.

Para el pago de los servicios y tecnologías NO POS, la IPS presentará la solicitud directamente ante la UAESA.

(II) Si la IPS no tiene el servicio habilitado, deberá consultar el listado de prestadores de la UAESA y remitirá el paciente al prestador indicado que tenga habilitado el servicio. SI dentro de dicho listado no existe un prestador que cuente con el servicio la EPS deberá elegir uno dentro de su propia red y referir al paciente.

LA IPS receptora solicitará la autorización del CTC en los términos del artículo 10 de la resolución 5395 de 2013 y elevará la solicitud de pago ante la UAESA.

Para los servicios NO POS requeridos en las demás situaciones la EPS solicitará a la UAESA dentro de los 2 días siguientes a la autorización del CTC, la IPS que prestará el servicio. La UAESA responderá en el término de 5 días. Si no se da dicha respuesta la EPS elegirá el prestador dentro del listado suministrado por la UAESA.

## **NEGOCIACIÓN Y COMPRA CENTRALIZADA DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS**

La Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca UAESA adicionalmente podrá implementar un esquema de negociación y compra centralizada de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, previo cumplimiento de los siguientes requisitos:

- ✓ Mientras exista un Concepto técnico – médico que soporte la conveniencia de adelantar dicho esquema para el tratamiento continuo de enfermedades crónicas o degenerativas, de alto costo o huérfanas de un determinado grupo de usuarios.
- ✓ La UAESA asegure el correcto funcionamiento y control del esquema de compra centralizada, distribución de las tecnologías, seguridad en su administración y manejo de la información.

- ✓ La UAESA tenga evidencia de que el esquema de compra centralizada disminuye los costos que debe pagar por dichos servicios o tecnologías.
- ✓ La escogencia del proveedor se haga a través de un proceso de selección objetiva.

## **Modelo 2**

### **GARANTIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO POS, A TRAVÉS DE LAS EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

Las EAPB deberán garantizar el acceso efectivo a los servicios y tecnologías NO POS a los usuarios, previa autorización de los Comité Técnico Científico – CTC u ordenados por autoridad judicial, dentro de los dos (2) días siguientes a la autorización emitida por el CTC, definiendo el prestador que brindará dicho servicios de acuerdo a su red contratada.

Las EPS presentarán para el pago de los servicios y tecnologías NO POS, los documentos soporte de la cuenta señalados en la resolución 1479 de 2015, así como los que requeridos por la UAESA.

La factura de los servicios prestados se presentará a la UAESA sin haber sido pagadas por la EPS y deberá cumplir con los requisitos de la resolución 5395 de 2013 con excepción del numeral 6.

Los servicios y tecnologías NO POS que superen la etapa de verificación y control, serán pagados directamente a la IPS prestadora por la UAESA.

### **PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO PARA LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO POS**

La UAESA para efectos de verificación y control solicitará que las EAPB soporten como mínimo los siguientes soportes en la prestación de los servicios NO POS:

- ✓ Usuario a quien se le presta el servicio.
- ✓ Servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto del cobro.
- ✓ El servicio o tecnología fue prescrito por el médico tratante o de urgencias.

- ✓ El servicio o tecnología, fue autorizado por el CTC o por autoridad judicial.
- ✓ El servicio o tecnología, fue efectivamente suministrado.
- ✓ El reconocimiento y pago del servicio o tecnología compete a la UAESA y no se ha realizado el pago.
- ✓ Datos registrados son consistentes respecto a usuario, la tecnología y las fechas.
- ✓ Valor cobrado esta soportado por factura o documento equivalente conforme a las normas vigentes.
- ✓ Para la auditoria la Unidad Administradora Especial de Salud - UAESA implementará MANUAL DE AUDITORIA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS expedido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio, manual que contiene el listado de glosas aplicables a las solicitudes de recobro del régimen contributivo.
- ✓ El proceso de verificación y los requisitos para determinar el valor a pagar están en el título II de la Resolución 1479, como la determinación de los servicios y tecnologías no cubiertas en el POS.

#### **4) Reglas para determinar el valor a pagar por servicios o tecnologías.**

La UAESA aplicará las siguientes reglas:

- ✓ Si el precio del servicio o tecnología ha sido regulado por la entidad competente, el valor a reconocer 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 adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y las cuotas de recuperación acorde con lo dispuesto en el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y el artículo 3 del Decreto 4877 de 2007.

Si el valor facturado es inferior al precio máximo definido, igualmente se deberán aplicar los descuentos de que trata el presente literal.



- ✓ Si el precio del servicio o tecnología no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer será la diferencia entre las tarifas de referencia de las Entidades Territoriales correspondientes o el valor facturado y el valor calculado para las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y las cuotas de recuperación acorde con lo dispuesto en el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y el artículo 3 del Decreto 4877 de 2007.

#### **5) Determinación de servicios o tecnologías.**

Para determinar si el servicio o la tecnología suministrada al afiliado se encuentra o no cubierta en el POS, los CTC y las Entidades Territoriales deberán:

- ✓ Aplicar los acuerdos, resoluciones y demás actos administrativos que establezcan o precisan los contenidos del POS y normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
- ✓ Aplicar los criterios establecidos en el CTC y lineamientos técnicos para el reconocimiento de Tecnologías en Salud No POS establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Art.44, Resol. 5395 de 2013).
- ✓ Aplicar conceptos emitidos por la Dirección de Regulación de Beneficios y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **Reporte de información por parte de las Entidades Territoriales.**

Los Departamentos y Distritos reportarán semestralmente la información de las tecnologías sin cobertura en el POS radicadas por los Prestadores de Servicios de salud o las Administradoras de Planes de Beneficios, a través de la plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social, acorde con las especificaciones establecidas en el Anexo Técnico 7 que hace parte integral de la presente Resolución, de acuerdo con las siguientes fechas:

Enero a junio A mas tardar el 31 de julio

Julio a Diciembre a mas tardar el 31 de enero

#### **Transitoriedad**

Para los servicios y tecnologías que a la entrada en vigencia de la presente resolución, hayan sido autorizadas por las EPS en una red distinta a la

definida por la Entidad Territorial departamental o Distrital, podrán seguir garantizándose por la EPS en la red que está gestiona, garantizando la respectiva coordinación con la Entidad Territorial responsable de pago.

## **REQUISITOS DE LAS EAPB PARA PRESENTAR LAS CUENTAS DE COBRO ANTE LA UAESA PARA PAGO A LAS IPS PRESTADORAS DE TENOLOGÍAS Y SERVICIO NO POS**

Por lo anterior se acuerda con las EPS el mecanismo para la presentación de las cuentas de Recobro ante la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca UAESA mediante las normas que reglamentan y las que modifican parcialmente a las anteriores y que a continuación se listan:

- Aplicación de la RESOLUCIÓN 3099/2008
- Aplicación de RESOLUCIÓN 548/2010
- Aplicación de la RESOLUCIÓN 5395/2013
- Aplicación de circulares de la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos.
- Oficio Remisorio
- Cuenta de cobro
- Formato MYT-R
- Anexo 1 del formato MYT-R
- Formato MYT- 02 por concepto de Tutelas
- Formato MYT- 01 para el caso de los medicamentos y procedimientos
- Acta de Comité Técnico Científico CTC
- Factura de la IPS Prestadora del servicio
- Los soportes de la atención tal como se relacionen en la Resolución 3047 de 2008
- Comprobante de pago a la IPS prestación del servicio
- Copia de Tutela
- CD con la relación en Excel de cada Recobro con los respectivos datos de identificación del paciente discriminado por municipio de procedencia.

"Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros" y su anexo "Relación de Solicitudes de Recobro" que se adoptan a través de la presente resolución.

Lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los proveedores de la entidad.

Certificación de los integrantes del Comité Técnico-Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud.

El Plan General de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, el cual deberá actualizarse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual.

**En el caso de Albergues** se debe incluir la Bitácora por días, firmada por el usuario y acompañante si lo requiere medicamente.

- Soporte de Historia Clínica (órdenes médicas, procedimientos, y/o certificación de estancia hospitalaria) que soporte y justifique la estancia del usuario en el albergue
- Factura del Albergue con requisitos (según la DIAN)
- Autorización del servicio requerido
- Copia de la tutela si lo aplica

**En caso de transporte de paciente**

- Tiquetes originales terrestres o aéreos según el caso de paciente y acompañante si lo requiere.
- Copia de Historia Clínica o epicrisis donde justifique la Remisión
- Autorización del servicio
- Copia de la tutela si lo aplica