

CIRCULAR No. 172-2015

Tunja, 22 MAY 2015

**Para: PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EPSS) QUE TIENEN AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD.**

**De: SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ**

**Asunto: APLICACIÓN RESOLUCIÓN 1479 DE 2015 DE PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUMINISTRADAS A LOS AFILIADOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

Mediante la *Circular No. 235 de 29 de julio de 2014* la Secretaría de Salud de Boyacá, informó a las diferentes Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado-EPSS que operan en el Departamento de Boyacá, sobre la aplicación y entrada en vigencia de la *Resolución 5073 de 2013* expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha Resolución durante su vigencia hizo alusión o referencia a la Unificación del proceso de Recobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en plan obligatorio de beneficios, suministradas a los afiliados del régimen Subsidiado en salud por parte de las EPS-S.

Con base en lo anterior, es menester señalar que el día seis (06) de mayo de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución No. 1479 de 2015 que derogó en su totalidad la Resolución 5073 de 2013 ya citada en el inciso anterior, en donde esta Disposición Jurídica (Resolución 1479 de 2015) establece "*el procedimiento para cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado*". Así mismo el objeto de esta Resolución es la de "*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 por mediante providencia de autoridad judicial*".

Aunado a lo anteriormente expuesto, El Ministerio de Salud y Protección Social da como ámbito de aplicación o destinatarios de la presente Disposición Jurídica a los Departamentos y Distritos, a los Prestadores de Servicios de Salud y a las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al régimen Subsidiado de Salud (EPS-S).

Así mismo y frente a la Garantía de la Prestación de Servicios y Tecnologías NO cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud, El Ministerio señala en su artículo 4º el tema de Evaluación de la situación en Salud; en donde con base en dicho Artículo el Departamento de Boyacá en cabeza de la Secretaría de Salud de Boyacá, analizó la situación actual de salud en el territorio de su jurisdicción y adoptó el modelo establecido en el Capítulo II de esta Resolución. Es de anotar que el artículo 4º referido, señala que el Departamento adoptará uno de los modelos establecidos en los Capítulos I y II; de tal suerte que esta Entidad Territorial del orden Departamental adoptará como ya fue indicado el modelo señalado en el Capítulo II Artículo 9º y ss.

En síntesis y con base en todo lo señalado en los incisos que anteceden, el modelo ya indicado en el artículo 9º reza: **“Garantía del suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. Las Administradoras de Planes de Beneficios (EPSS) 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, para lo cual (...) definirán el prestador de servicios de salud que brindará dichos servicios, de acuerdo con su red contratada.”** (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Como queda expuesto sin asomo de dudas con lo expresado en el artículo anterior, son las Administradoras de Planes de Beneficios las llamadas a garantizar el aseguramiento y cobertura integral en salud de sus afiliados sin perjuicio de que tal cobertura sea un Servicio o Tecnología en Salud que no se encuentre al interior del Plan Obligatorio de Salud-NO POS.

Posterior a tal suministro de tecnologías NO POS por parte de las Administradoras de Planes de Beneficios a sus afiliados, la Resolución 1479 de 2015 prevé en su artículo 10º: **“Presentación de las solicitudes de cobro. Las Administradoras de Planes de Beneficios que tiene afiliados al Régimen subsidiado de salud presentarán ante la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro señalado en la presente resolución, así como aquellos requeridos por la Entidad Territorial en el Acto Administrativo en el que se establezca el procedimiento de verificación y control”.** (subrayado fuera de texto)

Frente al Proceso de Verificación y Control de los Servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, acorde al Artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015, esta Secretaría expide esta Circular en aras de establecer el procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS; servicios de salud provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud. De tal manera que esta Entidad Territorial mediante la Circular No. 030 de tres (03) de febrero de 2014, socializó a las EPS del Régimen Subsidiado que operan en el Departamento de Boyacá, acerca de la aplicación de la Resolución 5395 de 2013, la cual refiere al tema del Procedimiento de Recobros. **La Resolución 5395 de 2013 y con ello parte de la Circular 030 de 2014 (salvo algunos cambios que serán tratados a continuación), seguirán aplicándose al actual procedimiento de recobros.**

A continuación se describe específicamente los requisitos para la presentación de los recobros ante esta Institución:

**PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS**

**I. REQUISITOS GENERALES PARA LA VERIFICACION Y CONTROL DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL POS**

ARTÍCULO 14. RESOLUCION 5395 DE 2013. DOCUMENTOS E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDA 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, además de los requisitos de que tratan los artículos 12 y 13 de la presente resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar los siguientes documentos e información:

1. Copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC) en el formato que para el efecto establezca 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.

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 Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un dispositivo médico, se deberá informar el procedimiento en el cual fue utilizado con la Clasificación Única de Procedimientos (CUPS).

1.8 Certificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la presente resolución.

1.9 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.

1.10 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 recobrantes<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

**ARTÍCULO 15. RESOLUCION 5395 DE 2013 DOCUMENTOS ESPECÍFICOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBRO ORIGINADAS EN FALLOS DE TUTELA.** Cuando se trate de cobros originados en fallos de tutela, además de los requisitos de que tratan los artículos 12 y 13 de la presente resolución, 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<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Para efectos de validar la entrega de la tecnología no pos, se debe presentar en formato diseñado por la EPSS o la IPS la siguiente información: ciudad y fecha, nombre del usuario, número de documento de identidad, nombre del medicamento recibido, presentación, cantidad, y firma de recibido del usuario, caso contrario identificar parentesco de la persona que recibe el medicamento con firma y número de documento. No se aceptarán documentos con enmendaduras, tachones o repisados para estos casos se debe presentar certificación de recibido por parte del usuario.

<sup>2</sup> En caso de no evidenciar la aplicación del medicamento intrahospitalario en la epicrisis o historia clínica se revisará sobre las hojas de administración de medicamentos.

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<sup>4</sup>.

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.

*Una vez detallados los requisitos que deben cumplir las cuentas de recobro, se debe anotar que los tiempos tanto de radicación, auditoría y pago de solicitudes de recobro serán los contemplados en los títulos V y VI de la Resolución 5395 de 2013; teniendo en cuenta que el artículo 13 de la Resolución 1479 de 2015 menciona "Pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS...las entidades territoriales pagarán directamente a los proveedores o prestadores de servicios de salud el valor de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS"*

<sup>3</sup> Para efectos de validar la entrega de la tecnología no pos, se debe presentar en formato diseñado por la EPSS o la IPS la siguiente información: ciudad y fecha, nombre del usuario, número de documento de identidad, nombre del medicamento recibido, presentación, cantidad, y firma de recibido del usuario, caso contrario identificar parentesco de la persona que recibe el medicamento con firma y número de documento. No se aceptaran documentos con enmendaduras, tachones o repisados para estos casos se debe presentar certificación de recibido por parte del usuario.

<sup>4</sup> En caso de no evidenciar la aplicación del medicamento intrahospitalario en la epicrisis o historia clínica se revisará sobre las hojas de administración de medicamentos.

que hayan superado el procedimiento de verificación y control". 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 la 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 a la 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.

## **II. REGLAS PARA DETERMINAR EL VALOR A PAGAR DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL POS (Artículo 12 Resolución 1479 de 2015)**

- 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 sustituye(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 trata el presente literal.
- b) Si el precio del servicio o la 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 valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituye(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.

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 terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud.

**Parágrafo 3.** El Ministerio de Salud y Protección Social, publicará en su página web el listado de comparadores administrativos adoptados y prestará a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, la asistencia técnica para su aplicación.

En lo referente al tema del **TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACION** (de ser requerido por el usuario) es preciso señalar que bajo ninguna circunstancia será autorizado ni reconocido por esta Secretaría tal servicio vía recobro; por cuanto este servicio está al interior del Plan Obligatorio de Salud, además de existir varios pronunciamientos al respecto al interior de la jurisprudencia de la corte constitucional.<sup>5</sup>

De igual forma de acuerdo con el artículo 5° de la Resolución 1479 de 2015, es preciso señalar que esta Entidad Territorial podrá participar a través de un representante con voz y sin voto en las decisiones que se llegaren a tomar en los Comités Técnicos Científicos de las EPS. Así mismo esta Secretaría realizará Auditoría Concurrente en la prestación efectiva de servicios hospitalarios no pos cuando las EPS autoricen dichos servicios.

Es preciso resaltar que al ser destinatarios de esta norma además de las Administradoras de Planes de Beneficios, también lo son los Prestadores de Servicios de Salud; de tal suerte que es preciso y fundamental que cada una de dichas EAPB o EPS-S **socialicen el presente Acto Administrativo (Circular 172 de 22 de mayo de 2015 proferida por la Secretaría de Salud de Boyacá) a todos y cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentran al interior de su Red Contratada o con los cuales ustedes celebraron contrato para que les presten los servicios de salud a sus afiliados.**

*Dicha socialización a los Prestadores de Servicios de Salud de cada EAPB o EPS-S, deberá ser enviada a esta Secretaría en pro de ratificar que se cumplirá a cabalidad la aplicación de la Resolución 1479 de 2015.*

<sup>5</sup> Ver Sentencias T-206 y T-679 de 2013.





Nota Adicional: Esta Circular será aplicada a partir del día seis (06) de mayo de 2015.

Cordialmente,

**GUILLELMO ORJUELA ROBAYO**  
Secretario de Salud de Boyacá

Revisó: Martha Janceth Naranjo Abril-Directora Técnica de Aseguramiento, Amparo Rodríguez Díaz-Coordinadora Médica.  
Proyectó: Marisol Chaparro Quintero-Profesional de Recobros, Diego Suárez Quevedo\_Asesor Jurídico Externo.