



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN No. DE 2018

()

Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 146 de la Ley 1940 de 2018 que incorpora ley de presupuesto para 2019 y,

CONSIDERANDO

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de las disposiciones normativas de la Ley 1873 de 2017 *“Por la cual se decreta el presupuesto de renta y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018”*, y en particular por lo dispuesto en su artículo 95, mediante la Resolución 3056 de 2018, modificada por la Resolución 3259 de 2018, definió la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiadas con la Unidad de pago por capitación.

Que, como quiera que la Ley 1873 de 2017 surtía efectos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018, el legislador expidió la Ley 1940 de 2018, mediante la cual decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1º de enero al 31 de diciembre de 2019, y en la cual dispuso particularmente en su artículo 146, que con cargo a los recursos apropiados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES no se podrán hacer reconocimientos y pagos para los servicios y tecnologías no cubiertos en el Plan de Beneficios superiores a los valores y cantidades máximos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social a partir de una metodología basada en los recobros de las tres (3) vigencias de anteriores.

Que, la Ley 1753 de 2015 creó la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES -, como entidad encargada de administrar los recursos del sistema, así como de adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.

Que, mediante Decreto 1429 de 2016, modificado por los Decretos 546 y 1264 de 2017 y 852 de 2018, se definió las funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES previendo al tenor de lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 3, que dentro de sus funciones deberá *“Adoptar y proponer los mecanismos que se requieran para proteger los recursos que administra la Entidad, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos, sin perjuicio de las directrices que imparta para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social y la Junta Directiva”*

Que, en virtud del principio de eficiencia que comporta el derecho fundamental a la salud, previsto en los artículos 153 numeral 3.9 de la Ley 100 de 1993, 1 del Decreto - Ley 1281 de 2002 y 6 literal k) de la Ley 1751 de 2015, el Sistema General de Seguridad Social

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y se dictan otras disposiciones"

en Salud del cual hacen parte tanto la hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES como las Entidades Promotoras de Salud - EPS, deben procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Que, en el marco de lo dispuesto en el precitado artículo 146 de la Ley 1940 de 2018, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, reportó información relacionada con las solicitudes y pago de recobros en las vigencias 2015, 2016 y 2017, las cuales constituyen el insumo necesario para estructurar la metodología que se pretende definir en el presente acto administrativo.

Que, conforme lo anteriormente expuesto se hace necesario definir la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación como instrumento técnico que permitirá definir el valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación, como medida orientada a la eficiente utilización de los recursos destinados al pago de los recobros en el régimen contributivo, en cumplimiento de las disposiciones normativas de la Ley 1940 de 2018.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Capítulo I. Disposiciones Generales.

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación, la cual se desarrolla en el Anexo Técnico que hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud -EPS, a las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y a las demás entidades recobrantes que suministren a sus afiliados servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación y que deban ser recobrados/cobrados ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, así como al Anexo Técnico, se toman como referencia las siguientes definiciones:

Grupo relevante. Aquel medicamento perteneciente a la misma clasificación Anatómica Terapéutica Química, por sus siglas en inglés - ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) a nivel 5 e igual forma farmacéutica.

Oferente. Titular del registro sanitario que comercializa directa o indirectamente el medicamento del cual es titular en el periodo de referencia.

Período de referencia. Datos de las tres (3) vigencias anteriores de recobros/cobros de las cuales se disponga la mayor cantidad de información respecto de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación - UPC.

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y se dictan otras disposiciones"

Valor Máximo de Recobro/cobro -VMR: Es el valor resultante de la aplicación de la metodología establecida en el presente acto administrativo. El valor resultante de dicha aplicación, se entenderá como el valor máximo por la unidad definida que la ADRES deberá reconocer y pagar por los servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación a las entidades recobrantes.

Capítulo II. Metodología para el cálculo del VMR.

Artículo 4. Metodología para el cálculo del VMR. El cálculo del VMR se realizará con base en los siguientes criterios:

4.1 Clasificar la fuente de información de acuerdo con la definición de grupo relevante contenida en el presente acto administrativo.

4.2 Priorizar y ordenar los grupos relevantes teniendo en cuenta: i) el valor recobrado/cobrado considerando los valores a precios constantes del año de vigencia y ii) la variación porcentual de dicho valor, de conformidad con las bases de recobro/cobro que aplique para el periodo de referencia. En la priorización y ordenación no se tendrá en cuenta los grupos relevantes que se encuentren publicados en el artículo 5 y 6 de la circular 07 de 2018 y de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM) o aquella que la sustituya, así como tampoco los medicamentos que tienen precios regulados por la misma comisión.

4.3 Llevar a unidades mínimas de concentración o dispensación las cantidades suministradas de los medicamentos dentro de los grupos relevantes.

4.4 Calcular para cada grupo relevante, el valor en unidades mínimas de concentración o dispensación.

4.5 Detectar y depurar los valores atípicos del anterior cálculo (numeral 4.4).

4.6 Con los datos depurados se calcula el VMR en unidad mínima de concentración o dispensación por grupo relevante, teniendo en cuenta lo siguiente:

4.6.1 Si en el grupo relevante hay un solo oferente, el VMR será el percentil diez (10) de los valores calculados y depurados en el periodo de referencia.

4.6.2 Si en el grupo relevante hay dos o más oferentes, el VMR del grupo relevante será el percentil veinte (20) de los valores calculados y depurados en el periodo de referencia.

4.7 Para efectos del cálculo del VMR se debe tomar el valor recobrado por los servicios y tecnologías no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud presentados ante la ADRES en estado aprobado, sin considerar el valor de la cuota moderadora o copago conforme lo determina la normatividad vigente, tampoco el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social, ni al valor calculado para las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas, aspecto que los agentes de la cadena de formación de valor deben tener en cuenta.

Parágrafo. En los casos en que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM haya fijado precios para algunos de los medicamentos

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y se dictan otras disposiciones"

de los grupos relevantes así como un valor en unidad mínima de concentración y presentaciones no reguladas de mercados relevantes, se establecerá como VMR dicho precio o valor regulado.

Artículo 5. Excepción en la conformación de grupos relevantes. De manera excepcional y justificada, se podrán conformar grupos relevantes teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

5.1 Podrán pertenecer a un mismo grupo relevante, principios activos de igual ATC de nivel 5 o nivel 4 con igual forma farmacéutica, para los que haya evidencia científica de equivalencia terapéutica.

5.2 Podrán pertenecer a un mismo grupo relevante, principios activos a nivel ATC 5 para los que haya evidencia científica de equivalencia terapéutica.

Artículo 6. Aplicación de la metodología. El Ministerio de Salud y Protección Social aplicará la metodología contenida en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución. El resultado de dicha aplicación será publicado en su página web, el cual contendrá el listado de grupos relevantes con sus respectivos VMR que se aplicarán a los recobros presentados ante la ADRES por las entidades recobrantes por los servicios y tecnologías no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud.

Parágrafo. El reconocimiento realizado por la ADRES solo aplicará para aquellos medicamentos que fueron ordenados o prescritos en el uso debidamente autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA o que forman parte del listado UNIRS.

Artículo 7. Excepción al reconocimiento y pago del VMR de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC. En los casos en que las entidades recobrantes presenten solicitudes de recobro/cobro por un valor inferior al definido como VMR por este Ministerio, la ADRES reconocerá y pagará el valor solicitado por la entidad recobrante.

Capítulo IV. Disposiciones finales.

Artículo 8. Reporte de información. La ADRES reportará y enviará al Ministerio de Salud y Protección Social la información de recobro/cobro con el nivel de detalle y calidad que sea requerida. Lo anterior, para efectos de la aplicación de la metodología contenida en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 9. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación. Deroga las Resoluciones 3056 de 2018 y 3259 de 2018 y las demás normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capacitación y se dictan otras disposiciones”

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

BORRADOR

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y se dictan otras disposiciones”

ANEXO TÉCNICO

“Metodología y lineamientos técnicos para la definición de valor máximo de recobro para medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.”

1. Fuentes de información.

Como fuente de información principal se tomarán los recobros en estado aprobado¹ que correspondan al periodo de referencia con el último corte de información disponible de la base SII_MYT.

El periodo de referencia comprende dos vigencias, entre el 1 de Enero a 31 de Diciembre del año 2015, 2016 y 2017. La fecha que le corresponde a cada registro de la base es la de la respectiva fecha de prestación de servicio que se encuentre dentro del periodo de referencia. Se debe excluir de la fuente información los medicamentos que se encuentren en el listado de cobertura del Plan de Beneficios en Salud de acuerdo con la resolución 5269 de 2017 y sus anexos² o aquella que la sustituya.

Para la conformación de los grupos relevantes se deberá tener en cuenta el listado de Registros Sanitarios de medicamentos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA con corte al último mes de las 3 vigencias, de la cual se seleccionarán las variables necesarias realizando las normalizaciones a que haya lugar.

Finalmente se tomarán los precios de referencia del Sistema de Información de Precios de Medicamentos - SISMED de las mismas vigencias tomadas en la base SII_MYT, para efectos de realizar un contraste frente a los valores reportados en la base SII_MYT y de esta forma establecer la existencia de cierto nivel de congruencia entre ambas fuentes de información. Para efectos el análisis descrito se tomará el “valor mínimo” reportado de la base SISMED.

2. Priorización.

Una vez definidos los grupos relevantes, en la primera etapa se priorizarán aquellos grupos que serán objeto de definición de VMR y que actualmente no sean objeto de regulación de precios. Previamente los valores recobrados se llevan a precios constantes del año de vigencia, considerando la proyección del IPC establecido por el Banco de la República o se tomará la inflación proyectada que se utiliza para el marco fiscal de mediano plazo. Para la priorización de los grupos relevantes se tendrán en cuenta únicamente las dos últimas vigencias, así:

1. Del universo de solicitudes en estado de recobro aprobado, se toma el valor total recobrado para cada grupo relevante en el periodo de referencia. La fecha que le corresponde a cada registro de la base es la de la respectiva fecha de prestación de servicio que se encuentre dentro del periodo de referencia.

¹ Los otros estados del recobro registrados en la base de datos son: anulado, devuelto, inconsistente, no aprobado, rechazado, aprobado condicionado y radicado. Se tomará solo lo aprobado porque son aquellos registros que van a ser o fueron efectivamente pagados por la ADRES

² “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y se dictan otras disposiciones”

Ejemplo:

Grupo Relevante	Valor Total Aprobado Vigencia 2016	Valor Total Aprobado Vigencia 2017	Valor Total Aprobado en periodo de referencia
a	780.000.000	978.436.000	1.758.436.000
b	869.250.000	1.202.366.000	2.071.616.000
c	956.987.000	1.102.366.000	2.059.353.000

2. Ordenar los grupos relevantes de mayor a menor de acuerdo con el valor total recobrado en las vigencias y asignando como primer puntaje el número de la posición que ocupan en el ordenamiento.

Ejemplo:

Grupo Relevante	Valor Total Aprobado en periodo de referencia	Primer Puntaje
b	2.071.616.000	1
c	2.059.353.000	2
a	1.758.436.000	3

3. Calcular la variación porcentual del valor total recobrado entre las vigencias, así:

$$\left(\frac{\text{Valor total Recobrado Vigencia 2017}}{\text{Valor Total Recobrado Vigencia 2016}}\right) - 1$$

Ejemplo:

Grupo Relevante	Valor Total Aprobado Vigencia 2016	Valor Total Aprobado Vigencia 2017	Variación Porcentual del Valor Total Aprobado Entre las dos Vigencias
a	780.000.000	978.436.000	25%
b	869.250.000	1.202.366.000	38%
c	956.987.000	1.102.366.000	15%

4. Ordenar nuevamente los grupos relevantes de mayor a menor de acuerdo con la variación porcentual del valor recobrado entre las vigencias y asignando como segundo y tercer puntaje el número de la posición que ocupan en el ordenamiento.

Ejemplo:

Grupo Relevante	Variación Porcentual del Valor Total Aprobado Entre las dos Vigencias	Segundo Puntaje
b	38%	1
a	25%	2
c	15%	3

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y se dictan otras disposiciones”

5. Sumar los dos puntajes obtenidos y ordenar los grupos relevantes de menor a mayor de acuerdo con la suma de los puntajes.

Ejemplo:

Grupo Relevante	Primer Puntaje	Segundo Puntaje	Suma de Puntajes
b	1	1	2
a	3	2	5
c	2	3	5

6. El orden obtenido de la suma de puntajes será el orden de prioridad con el cual se calcula el VMR para cada grupo relevante.

3. Cálculo del VMR.

Respecto del VMR, se entiende que debe ser único para todos los medicamentos del mismo grupo relevante, por lo cual se establecerá un único valor por Unidad Mínima de Concentración-UMC, de modo que no se reconocerán diferencias por presentaciones comerciales, distintas concentraciones o nombres comerciales. No obstante, para los medicamentos cuya presentación sea en combinación de dosis fijas se establecerá un valor por Unidad Mínima de Dispensación-UMD, (ej. Tableta).

Para efectos del cálculo del VMR se debe tomar el valor recobrado por los servicios y tecnologías no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud presentados ante la ADRES en estado aprobado, sin considerar el valor de la cuota moderadora o copago conforme lo determina la normatividad vigente, tampoco el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este ministerio, ni el valor calculado para las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas, aspecto que los agentes de la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta.

Para la definición del VMR en UMC o UMD para cada grupo relevante se emplearán medidas estadísticas simples de tendencia central y de posición de la distribución de los valores observados.

El cálculo de VMR dependerá del número de oferentes que haya en cada grupo relevante, así:

- Grupos relevantes donde hay un solo oferente
- Grupos relevantes donde hay dos o más oferentes

En este caso el oferente corresponde al titular del registro sanitario que comercializa directa o indirectamente el medicamento.

En los casos en que la CNPMDM, haya fijado precios para alguno de los medicamentos de los grupos relevantes, la ADRES establecerá como VMR dicho precio regulado.

Una vez seleccionada la base SII_MYT sobre la cual se realizarán los cálculos para definir el VMR, los siguientes son los pasos a seguir para obtener el VMR por UMC o UMD de cada grupo relevante:

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y se dictan otras disposiciones”

Paso 1. Estandarización: El proceso de estandarización se refiere a la revisión y ajuste de las cantidades suministradas conforme al valor recobrado para cada registro de la base seleccionada. Este tipo de ajuste también se realizará sobre la base de SISMED en relación a las cantidades vendidas y el “valor mínimo” reportado. Lo anterior considerando los errores en la unidad de reporte que presentan ambas fuentes de información.

La estandarización también incluirá la base de registros sanitarios de INVIMA y que se requieren para la aplicación de la metodología, dentro de las cuales se encuentran: ATC, CUM, nombre de principio activo, forma farmacéutica, cantidad de principio activo en unidad mínima de dispensación, unidad de medida, unidades en la presentación comercial.

Paso 2. Identificación de las UMC (mcg, mg, ml, UI) o UMD de cada grupo relevante: Una vez realizado el paso 1, para cada registro de la base SII_MYT seleccionada y estandarizada, se procederá a identificar la cantidad de principio activo en UMC del respectivo CUM suministrado:

$$\text{Cantidad de UMC} = \text{Cantidad suministrada} * \text{Cantidad de principio activo en UMC}$$

Cantidad suministrada Corresponde al campo “Cansuministro” y comprende las unidades dispensadas al paciente.

En esta estimación se supone que las unidades reportadas en cantidad de suministro corresponden a unidades mínimas de dispensación, para el ejemplo: Tabletas.

Paso 3. Cálculo del Valor de Recobro en UMC o UMD: Una vez establecida la cantidad de principio activo en UMC del respectivo CUM suministrado, se realizará el cálculo del valor por UMC o UMD, así:

Para cada registro de la base seleccionada calcular:

$$\text{Valor por UMC: } \frac{\text{Valor recobrado}}{\text{Cantidad de UMC}}$$

Para medicamentos cuya presentación sea una combinación a dosis fija, el valor por UMD será:

$$\text{Valor por UMD: } \frac{\text{Valor recobrado}}{\text{Cantidad suministrada}}$$

Paso 4. Detección de Valores Atípicos: Los datos atípicos son valores de la variable que se ubican en los extremos y afectan la estimación de los estadísticos y caracterización de la variable, debido a esto, su detección es importante para obtener estimaciones más precisas.

Para la detección de estos valores extremos se recomienda la técnica que emplea los diagramas de caja y bigote (boxplot), en donde se estiman 2 rangos: uno para detección de datos atípicos moderados y otro para datos atípicos extremos.

La eliminación de valores atípicos se realiza sobre el valor por UMC (paso 3) o UMD para cada grupo relevante.

Para la detección de datos atípicos moderados se estima un rango, como sigue:

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y se dictan otras disposiciones"

$$LI = Q1 - 1.5 (Q3 - Q1)$$

$$LS = Q3 + 1.5 (Q3 - Q1)$$

Donde,

LI=Límite Inferior.

LS=Limite Superior.

Q1: cuartil 1 (percentil 25). *Q3*: cuartil 3 (percentil 75)

Las observaciones de la variable que se ubiquen fuera de estos límites se consideran valores atípicos moderados, por lo tanto, serán excluidos para el cálculo del VMR en UMC o UMD para cada grupo relevante.

Al considerar que en algunos casos el valor del límite Inferior puede arrojar un valor menor a 0, es necesario acotar este límite, quiere decir que la definición del *LI* será:

$$\begin{aligned} \text{Si } LI > 0 &= LI \\ LI < 0 &= 0 \end{aligned}$$

Paso 5. Cálculo del VMR en UMC o UMD: La definición del valor máximo de recobro dependerá del número de oferentes que hay en el grupo relevante, así:

- I. Si en el grupo relevante hay un solo oferente, el VMR para este grupo será el percentil diez (10) del valor en UMC o UMD.
- II. Si en el grupo relevante hay dos o más oferentes, el VMR para este grupo será el percentil veinte (20) del valor en UMC o UMD.