



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN 03056 DE 2018

(23 JUL 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 95 de la Ley 1873 de 2017 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1873 de 2017 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 2018 y dispone en el artículo 95, 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 dos (2) 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 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 95 de la Ley 1873 de 2017, 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 2016 y 2017 que constituyen el insumo para estructurar la metodología de que trata el presente acto administrativo.

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"

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 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, de conformidad con el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

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 la interpretación de lo previsto en el presente acto administrativo, se deberán tener en cuenta 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, abarcando todas las concentraciones disponibles en el mercado para dicho grupo y las formas farmacéuticas que garanticen igual vía de administración.

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 dos (2) 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.

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. Criterios para la aplicación de la metodología para el cálculo del VMR. El cálculo del VMR se hará con base en los siguientes criterios:

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"

- 4.1 Priorizar y ordenar los grupos relevantes teniendo en cuenta: i) el valor recobrado/cobrado 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 con medicamentos que tienen precios regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos-CNPMDM.
- 4.2 Llevar a unidades mínimas de concentración o dispensación las cantidades suministradas de los medicamentos dentro de los grupos relevantes.
- 4.3 Calcular para cada grupo relevante el valor en unidades mínimas de concentración o dispensación.
- 4.4 Detectar y depurar los valores atípicos del anterior cálculo (numeral 4.3).
- 4.5 Con los datos depurados se calcula el VMR en unidad mínima de concentración o dispensación por grupo relevante, considerando los valores a precios constantes del año de vigencia y teniendo en cuenta lo siguiente:
 - 4.5.1 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.
 - 4.5.2 Si en el grupo relevante hay dos o más oferentes. Se calculará y seleccionará para cada oferente el menor valor entre las medidas de tendencia central en el periodo de referencia. El VMR del grupo relevante será el percentil cincuenta (50) entre los valores seleccionados para cada oferente.
- 4.6 Para efectos del cálculo del VMR se debe tomar el valor total aprobado, el cual no contempla 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. De esta manera, no aplicarían descuentos posteriores sobre dicho valor para el reconocimiento que realice ADRES.

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 de los grupos relevantes, se establecerá como VMR dicho precio regulado.

Artículo 5. Excepción en la conformación de grupos relevantes. De manera excepcional y justificada, la ADRES podrá 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. La ADRES aplicará la metodología contenida en el Anexo Técnico, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la entrada en vigencia del presente acto administrativo. Los resultados de dicha aplicación, deberán ser remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de definir y

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"

publicar en su página web oficial, el listado de grupos relevantes con sus respectivos VMR que aplicarán desde el momento de su publicación, para las solicitudes de recobro/cobro que no se hayan aprobado.

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 servicios y 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 III. Disposiciones finales.

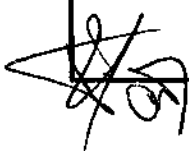
Artículo 8. Reporte de información. La ADRES reportará y enviará al Ministerio de Salud y Protección Social, la información de recobro/cobro con el nivel de detalle y calidad que sea requerida. Lo anterior, para efectos de verificación de la aplicación de la metodología, en todo caso el Ministerio también podrá realizar propuestas de grupos relevantes.

Artículo 9. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los 23 JUL 2018


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección 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"

ANEXO TÉCNICO

"Metodología y lineamientos técnicos para el cálculo de valores máximos de recobros 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 aprobado 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 y el 31 de diciembre de los años 2016 y 2017. La fecha que le corresponde a cada registro de la base es la de la fecha de prestación del servicio que se encuentre dentro del periodo de referencia. Se debe excluir de la fuente de 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 anexos.

Se tendrá en cuenta el listado de registros sanitarios de medicamentos del INVIMA con corte al último mes de las 2 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 que serán objeto de definición de VMR y que actualmente no sean objeto de regulación de precios, así:

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

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	958.987.000	1.102.366.000	2.059.353.000

2. Ordenar los grupos relevantes de mayor a menor de acuerdo con el valor total aprobado en las dos 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

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"

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

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

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 aprobado entre las dos vigencias y asignando como segundo 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

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 total aprobado, el cual no contempla el valor de la cuota moderadora o copago, así como tampoco el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este Ministerio, 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. Lo anterior considerando que el valor aprobado es aquel efectivamente auditado y pagado por la ADRES a las entidades recobrantes, de esta manera, no aplicarán descuentos posteriores sobre dicho valor.

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.

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"

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:

Paso 1. Estandarización: El proceso de estandarización se refiere a la revisión y ajuste de las cantidades suministradas conforme al valor aprobado 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 normalización de variables también incluirá: 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 identificará 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, por ejemplo: Tabletas.

Paso 3. Cálculo del Valor de Recobro en UMC o UMD: Previo al cálculo, 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.

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:

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

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

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

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 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:

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

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

Donde,

LI=Límite Inferior.

LS=Límite 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:

$$\text{Si } LI > 0 = LI$$

$$LI < 0 = 0$$

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 del valor en UMC o UMD:** en estos casos, el percentil diez permite corregir las posibles ineficiencias propias del comportamiento monopólico y otras asociadas a la existencia de múltiples intermediarios, altos márgenes de intermediación, discriminación de precios, desaprovechamiento de posibles economías de escala, entre otras.
- II. **Si en el grupo relevante hay dos o más oferentes:** se estimará para cada uno de los oferentes la mediana, promedio ponderado, promedio aritmético y la moda del valor por UMC o UMD, una vez se obtenga para cada oferente la estimación de estos 4 estadísticos, se seleccionará el de menor valor. El VMR por UMC o UMD para el grupo relevante será el percentil cincuenta entre los valores seleccionados de cada oferente.