



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2014

Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las Entidades Territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas, por la prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de las atribuciones legales, en especial las que le confiere el artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 43.2.1 de la Ley 715 de 2001, el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 196 de 2013, asignaron como competencias en materia de salud a las entidades territoriales, la de gestionar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre que resida en su jurisdicción en lo no cubierto con subsidios a la demanda, incluida la población afiliada al régimen subsidiado en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud.

Que dicha competencia, en los términos de las citadas disposiciones, se desarrollará a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas y será financiada con los recursos del Sistema General de Participaciones del sector salud y demás recursos asignados para ese fin por la normatividad vigente.

Que de acuerdo con la Sentencia T-760 de 2008 y en especial el Auto 263 de 2012, este Ministerio debía definir entre otros, un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.

Que una vez unificado el POS del Régimen Contributivo y Subsidiado, se expidió la Resolución No 5073 de 28 de noviembre de 2013, que unificó el procedimiento de recobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado, a cargo del respectivo ente territorial.

Que la citada resolución, en su artículo 4, reiteró la obligación de las Entidades Promotoras de Salud del (EPS) de garantizar a sus afiliados el acceso efectivo a los servicios no incluidos en el POS, autorizados por los Comités Técnico Científicos (CTC) u ordenados por fallos de tutela y dispuso la aplicación de los procedimientos y términos establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y en la Resolución 3047 de 2008, para la atención en los eventos no POS del régimen subsidiado y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Que las Entidades Territoriales deben tener en cuenta lo previsto en las Circulares de control directo de medicamentos emanadas de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, o quien haga sus veces, las normas que establezcan límites de gasto en salud relacionadas con los cobros realizados al SGSSS; y adoptará, si ello es más beneficioso para el sistema, en el

Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas, por la prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de los afiliados al régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

caso que la tecnología de salud no esté regulada, las tarifas de referencia de la SSC a la vigencia de la prestación y/o las tarifas promedio del mercado.

Que, se hace necesario mejorar los procedimientos de pago y cobro directo de las prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud que se suministran a los afiliados al régimen subsidiado de salud, de tal forma que se facilite el flujo de recursos de los entes territoriales, como responsables del pago con cargo a los recursos del SGP del sector salud, a las IPS públicas o privadas que presten los servicios NO POS a los afiliados del Régimen Subsidiado.

Que los ajustes que se introducen al mecanismo en la presente resolución buscan mantener reglas similares en el procedimiento de recobro en los regímenes contributivo y subsidiado, tal y como fue ordenado por la Corte Constitucional, teniendo en cuenta las particularidades del régimen subsidiado y las diferencias financieras y operacionales que existen con el régimen contributivo, con la finalidad de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

Que sin perjuicio de lo anteriormente mencionado y de acuerdo con la normatividad vigente, las EPSS son responsables de los contenidos y coberturas del plan de beneficios del régimen subsidiado para la población afiliada a dicho régimen, así como de la integralidad en la prestación de los servicios de salud.

Que en mérito a lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Objeto.- La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para el pago por parte de las Entidades Territoriales Departamentales y Distrital a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, por concepto de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan de beneficios a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los CTC de la EPSS en las cuales se encuentra afiliado el usuario o por el mecanismo que adopte la Entidad Territorial departamental o distrital o por fallos de tutela.

Artículo 2°. Organización de la Red para Garantizar los Servicios NO POS. La Entidad Territorial deberá definir, los prestadores de servicios de salud a través de los cuales se prestarán las tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios de los afiliados al Régimen Subsidiado. La prestación de los servicios a que hace referencia esta Resolución, se hará con las Empresas Sociales del Estado que se encuentren debidamente habilitadas, salvo que la oferta de servicios requerida no exista o sea insuficiente en el municipio o su área de influencia, caso en el cual, se podrá prestar a través de otras IPS debidamente habilitadas.

Conforme a lo anterior, la Entidad Territorial Departamental o Distrital deberá informar la red de prestación de servicios para garantizar los servicios NO POS a los usuarios y a las EPSS que operan en su territorio.

Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas, por la prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de los afiliados al régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

Parágrafo 1. La Entidad Territorial Departamental y Distrital y las EPS deberán coordinar la prestación de las tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios de los afiliados al Régimen Subsidiado garantizando la continuidad en la atención.

Parágrafo 2. La red a que hace referencia este artículo, deberá ser comunicada en la página web de la respectiva entidad territorial dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la publicación de la presente resolución.

Artículo 3°. Atención de eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado – NO POS. Cuando un afiliado al Régimen Subsidiado requiera la atención de un evento no incluido en el Plan Obligatorio de Salud, se deberá proceder de la siguiente manera:

1. Por parte del Prestador de Servicios de Salud que esté atendiendo al usuario:
 - a) En los casos en que el prestador de servicios de salud que está atendiendo al usuario tenga el servicio contratado con la Entidad Territorial, debe prestarlo y gestionar su pago ante la Entidad Territorial responsable de pago, de conformidad con los términos del contrato y los establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo sustituyan o modifiquen.
 - b) En los casos en que el servicio a garantizar no esté contratado con la con la IPS que está atendiendo al paciente, para atenciones posteriores a la atención inicial de urgencias, se seguirá el siguiente procedimiento:
 - I. Si la IPS tiene el servicio habilitado, deberá solicitar la autorización de prestación del servicio a la Entidad Territorial, quien según el caso autorizará la prestación en dicha IPS o indicará la IPS que lo prestará de acuerdo con la red contratada por la Entidad Territorial, en los términos y condiciones establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo adicionen, sustituyan o modifiquen.
 - II. Si la IPS que realiza la atención inicial de urgencias no está habilitada para prestar el servicio requerido por el usuario, deberá aplicar las reglas de referencia y contra referencia de conformidad con lo establecido en Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo adicionen, sustituyan o modifiquen.
2. En caso que la Entidad Territorial no tenga contratado con su red los servicios requeridos por el usuario posteriores a la atención inicial de urgencias, la Entidad Territorial deberá gestionar la Prestación del Servicio con una IPS que lo tenga habilitado.
3. En el caso de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, se seguirán los procedimientos establecidos en el Decreto 4747 de 2007.

Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas, por la prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de los afiliados al régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

Parágrafo Primero: Con el fin de garantizar la integralidad en la atención de los usuarios del SGSSS y la protección de los recursos públicos, los servicios no incluidos en el POS previamente a su prestación deberán someterse a aprobación por parte del CTC de la EPSS, o al mecanismo de evaluación que defina la Entidad Territorial departamental o distrital, a la cual se encuentre afiliado el usuario, en los términos y condiciones establecidas en la Resolución 5521 de 2013, garantizando en todo caso la oportunidad de la atención del usuario

Parágrafo Segundo. Aquellas tecnologías NO POS que a la entrada en vigencia de la presente Resolución, hayan sido autorizadas por la Entidad Promotora de Salud en una red distinta a la definida por la Entidad Territorial Departamental o Distrital en virtud del artículo 2° de la presente Resolución, podrán continuar garantizándose por la EPS en la red que ésta gestione, con el fin de dar continuidad a la prestación del servicio, garantizando la respectiva coordinación con la Entidad Territorial responsable del pago.

Artículo 4°. Requisitos para el cobro y recobro. En todos los casos la Entidad Territorial Departamental o Distrital deberá determinar los requisitos y soportes que deben presentar los prestadores de servicios de salud para el pago directo de las prestaciones no incluidas en el plan de beneficios que requieran los afiliados al Régimen Subsidiado, estos deberá incluir como mínimo: la entidad beneficiaria del pago, los criterios y plazos de auditoria y todos los demás elementos que le permitan al beneficiario del pago contar con la información suficiente sobre el procedimiento.

Artículo 5°. Reglas para el valor a pagar de las tecnologías NO POS. Las Entidades Territoriales deberán aplicar las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por tecnologías en salud NO POS, bien sea a través de los contratos suscritos entre las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud o mediante la figura del cobro directo o del recobro cuando, en los términos de la presente resolución, estas procedan.

1. Cuando para el medicamento NO POS cobrado o recobrado se haya establecido un comparador administrativo por parte de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, el valor a reconocer y pagar por dicho concepto tendrá en cuenta el mencionado comparador.
2. Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos no incluidos en el POS, el valor a pagar por los mismos será como máximo el que establezca la Comisión. Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, la entidad territorial reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes

Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas, por la prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de los afiliados al régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

En los casos en que corresponda, se deberá deducir el valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, si lo hubiere. En caso contrario se adoptarán las tarifas de referencia de las Entidades Territoriales correspondientes y/o las tarifas promedio del mercado (reporte al SISMED). Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.

3. Cuando el valor solicitado de la tecnología no incluida en el Plan Obligatorio de Salud – POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en el POS, se debe entender que dicha tecnología es suministrada con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, caso en el cual la IPS deberá cobrarlo a la EPS correspondiente y no procederá el cobro ante la Entidad Territorial.

En todo caso la Entidad Territorial en aplicación de los principios de eficiencia, eficacia y economía de la actuación administrativa, deberá realizar las gestiones que corresponda para garantizar el uso racional y la protección de los recursos públicos con la finalidad de resguardar el derecho a la salud de los usuarios.

Parágrafo 1. En el proceso de verificación y control que realice la Entidad Territorial Departamental o Distrital, ésta analizará que los insumos y dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento y se reconocerán directamente al prestador en todos los casos.

Parágrafo 2. Las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales deberán tener en cuenta lo establecido a las cuotas de recuperación según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995.

Artículo 6°. Tecnologías no incluidas en el Plan de Obligatorio de Salud. Para determinar si las tecnologías en salud suministrada al afiliado se encuentra o no incluido en el Plan Obligatorio de Salud, las Entidades Territoriales deberán:

- a. Tener en cuenta los Acuerdos, Resoluciones y demás Actos Administrativos que establecen o precisan los contenidos del Plan Obligatorio de Salud y las normas que modifiquen, adicionen o sustituyan.
- b. Aplicar los criterios establecidos por el *Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS* del Ministerio de Salud y Protección Social, creado por el artículo 44 de la Resolución 5395 de 2013, los cuales serán publicados en la página web del Ministerio.
- c. Aplicar los conceptos emitidos por la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La Dirección publicará en la página web del Ministerio las preguntas frecuentes y conceptos.

Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas, por la prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de los afiliados al régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

Parágrafo. Si la tecnología en salud frente a la cual se requiere definición, no se encuentra dentro de las analizadas por el *Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS*, las Entidades Territoriales y las EPS deberán tener en cuenta los conceptos emitidos por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 7°. Reporte de Información por parte de las Entidades Territoriales. Los Departamentos y Distritos reportarán semestralmente la información de los pagos de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios radicadas en la entidad por las IPS o EPS, a través de la Plataforma PISIS de conformidad con las especificaciones establecidas en el Anexo Técnico de la presente Resolución.

Los semestres y fecha de presentación, serán los siguientes:

Semestre	Fecha de Presentación
Enero- Junio	A más tardar el 31 de julio
Julio- Diciembre	A más tardar el 31 de enero

Artículo 8°. Saneamiento Contable. Las Entidades Territoriales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una vez recibidos los pagos o giros, deberán reflejarlos en su contabilidad de acuerdo con su naturaleza y de acuerdo con los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad.

Artículo 9°. Vigilancia y Control. Los entes de inspección, vigilancia y control de las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud vigilarán y controlarán el cumplimiento de lo establecido en la presente resolución y en caso de incumplimiento realizará las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias.

Artículo 10°. Vigencia y Derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social