

Cartilla de Seguridad Social y Pensiones

SEPARATA DE EMERGENCIA SOCIAL EN SALUD



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

**58 AÑOS DE EXPERIENCIA EN INFORMACIÓN JURÍDICO-EMPRESARIAL
BOGOTÁ-COLOMBIA**

PRESENTACIÓN

Con fundamento en el artículo 215 de la Constitución Política, mediante el Decreto 4975 de 2009, se declaró el estado de emergencia social en todo el país, con el propósito de conjurar la crisis que afecta la viabilidad del sistema general de seguridad social en salud que amenaza de manera inminente, entre otros aspectos, la continuidad en la prestación del servicio público esencial de salud, así como el goce efectivo de este derecho fundamental. Las medidas tomadas buscan generar ingresos para el sistema, agilizar los trámites, prevenir y sancionar la corrupción y racionalizar el gasto.

En uso de estas facultades, el Gobierno Nacional expidió los siguientes decretos:

DECRETO N°	TEMA
73	Medidas excepcionales con el fin de liberar recursos de los saldos excedentes del situado fiscal y del sistema general de participaciones
74	Modificaciones al régimen del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT)
75	Solución de controversias entre las diferentes entidades y organismos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
115	Establece estructura de la Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud-CRES
116	Modifica la plata de personal de la Unidad Administrativa Especial de la CRES
126	Adopción de medidas disciplinarias y penales para luchar contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
128	Regula las prestaciones excepcionales en salud
129	Medidas de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social

DECRETO N°	TEMA
131	Creación del Sistema Técnico Científico en Salud; se regula la autonomía profesional; y se definen aspectos del aseguramiento del POS
132	Mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el régimen subsidiado
133	Medidas para garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud
358	Reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 131 de enero 21 de 2010
398	Reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 131 de enero 21 de 2010
505	Reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 131 de enero 21 de 2010

Del análisis de dichos decretos, complementamos la información de la Cartilla colocando en esta separata, con la misma metodología, pregunta respuesta, los temas de interés para esta publicación, que Usted encuentra identificados con el § que le permite conocer en qué parte de la obra se encuentra ubicada dicha información.

¿Qué otra facultad tiene la Supersalud?

[§ 0055-1] La Supersalud, además de las otras facultades que tiene, puede mediante acto administrativo debidamente motivado, ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación, administración u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, entidades administradoras de planes de beneficios, las instituciones prestadoras de salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud cualquiera sea la denominación que le otorgue el ente territorial en los términos de la ley y los reglamentos, cuando sin justificación no paguen sus obligaciones o no transfieran los recursos dentro de los plazos establecidos.

Esta facultad también la ejercerá cuando detecte que sus vigilados no garantizan la red de prestadores de servicios de salud por niveles de complejidad, no cumplen con el suministro de actividades, intervenciones y procedimientos contenidos en el POS o haya renuencia en el envío de la información solicitada por la Superintendencia Nacional de Salud, por el Ministerio de la Protección Social o por la cuenta de alto costo. Cuando las entidades territoriales se encuentren adelantando procesos de salvamento ante la dirección de apoyo fiscal del Ministerio de Hacienda establecidos en el Decreto 28 de 2008 o en las normas que lo adicione, modifiquen o sustituyan, únicamente procederá la intervención técnica y administrativa de la Superintendencia Nacional de Salud cuando exista la solicitud escrita de la dirección de apoyo fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

De otro lado, la Supersalud podrá ordenar dentro del proceso judicial las medidas provisionales para la protección del usuario del sistema de seguridad social en salud y podrá suspender la aplicación del acto concreto que lo amenace o vulnere, mientras se surte el mismo en los términos establecidos en la ley.

En desarrollo de esta competencia podrá ordenar a la entidad competente que se realicen en forma inmediata los procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando su negativa por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios, pongan en riesgo o amenacen la vida del usuario.

De igual manera, podrá definir en forma provisional la entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o atendido el demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de multifiliación y movilidad dentro del sistema general de seguridad social en salud.

El funcionario en ejercicio de las funciones jurisdiccionales consultará antes de emitir su fallo definitivo o la medida cautelar, la doctrina médica, las guías, los protocolos o las recomendaciones del organismo técnico científico, según sea el caso.

¿Qué es el Fondo anticorrupción del sector salud y cuál es su objeto?

[§ 0055-2] El fondo anticorrupción del sector salud es un fondo especial de la Superintendencia Nacional de Salud.

Estará financiado con las multas que imponga la Supersalud, los aportes que se le asignen en el presupuesto general de la Nación, las donaciones, los recursos provenientes de cooperación internacional, las inversiones que se efectúen y los demás ingresos que de acuerdo con la ley esté habilitado para recibir.

El Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud, Fosyga, y la Dirección de Crédito Público y del Tesoro del Ministerio de Hacienda y Crédito Público transferirán al fondo anticorrupción del sector salud las multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud recaudadas en los años 2008 y 2009.

El objeto del fondo será financiar los gastos necesarios para el fortalecimiento de la facultad de inspección, vigilancia y control y para la puesta en marcha, operación y

administración del sistema de información para el reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude.

La Supersalud podrá, con cargo a los recursos del fondo anticorrupción del sector salud, realizar convenios con la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, la Fiscalía General de la Nación tendientes a fortalecer la lucha contra la corrupción y el tribunal de ética médica. A través de este fondo se harán las devoluciones de multas de acuerdo con las decisiones judiciales.

¿Cómo opera la atención al usuario?

[§ 0337-1] Las entidades administradoras de planes de beneficio en cumplimiento del servicio público de seguridad social en salud deberán tramitar y resolver las quejas, reclamos y peticiones de sus afiliados en un plazo no superior a quince (15) días calendario a través de las oficinas de atención al usuario que se organicen para tal efecto.

En dicho término, se podrán practicar y ordenar las pruebas solicitadas por el afiliado o las que se requieran para decidir en un plazo de cinco (5) días calendario, durante el cual no se podrá suspender el plazo establecido para resolver.

En el caso que la respuesta a la queja, reclamo o petición sea negativa, el usuario podrá solicitar el pronunciamiento de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual deberá resolver en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, término durante el cual se podrán practicar y ordenar las pruebas que se requieran, y, como resultado, se podrá ordenar la suspensión de práctica, así como imponer las sanciones a que haya lugar, según el caso.

Lo anterior sin perjuicio de la posibilidad del usuario de recurrir directamente a la Supersalud.

Cabe mencionar que las anteriores actuaciones podrán realizarse directamente por parte del usuario.

§ 0055-2

¿Cuál es la naturaleza de la afiliación?

[§ 0370-1] La afiliación al sistema general de seguridad social en salud es de carácter obligatorio para los colombianos y residentes del territorio nacional en los términos en que corresponden a cada régimen de aseguramiento; en consecuencia el Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos de afiliación forzosa y las sanciones correspondientes.

La afiliación al sistema general de seguridad social en salud se dará por una única vez. Luego de esta, los cambios en la condición del afiliado o los traslados entre EPS del mismo régimen o entre regímenes se considerarán novedades.

¿Qué sucede si los aportantes al sistema se encuentran en mora en el pago de las cotizaciones?

[§ 0405-1] Los aportantes que se encuentren en mora en el pago de cotizaciones y aportes podrán suscribir acuerdos de pago, momento a partir del cual la afiliación no podrá ser suspendida y tales períodos no computarán para la desafiliación, siempre que el aportante esté cumpliendo con las obligaciones adquiridas.

¿Quiénes se benefician con los subsidios del régimen subsidiado?

[§ 0408-1] Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el régimen subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en el nivel I del Sisbén o del instrumento que lo reemplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.

La población de los niveles II y III del Sisbén podrán recibir subsidio total o pleno siempre y cuando no cuenten con

capacidad parcial de aporte de acuerdo con los instrumentos que defina el Gobierno Nacional para tal fin.

Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén.

¿Quién recauda las cotizaciones?

[§ 0473-1] Las entidades promotoras de salud, EPS, del régimen contributivo, son responsables por la labor de recaudo de las cotizaciones, sin perjuicio de que esta operación físicamente se realice de manera electrónica y que los efectos del recaudo así realizado en materia de compensación se generen de manera automática, de conformidad con el reglamento que para el efecto se expida.

¿Qué es el plan obligatorio de salud?

[§ 0535-1] El plan obligatorio de salud es el conjunto esencial de servicios para la atención de cualquier condición de salud definidos de manera precisa con criterios de tipo técnico y con participación ciudadana, a que tiene derecho todo afiliado al sistema general de seguridad social en salud, en caso de necesitarlo.

El Plan obligatorio de salud corresponde al reconocimiento del núcleo esencial del derecho a la salud, que pretende responder y materializar el acceso de la población afiliada a la cobertura de sus necesidades en salud, teniendo en cuenta la condición

socio-económica de las personas y la capacidad financiera del Estado.

En todo caso prioriza la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las atenciones de baja complejidad, la medicina y odontología general y admitirá el acceso al manejo especializado o de mediana y alta complejidad cuando se cuente con la evidencia científica y costo-efectividad que así lo aconseje.

El plan obligatorio de salud incluirá la prestación de servicios de salud a los afiliados en las fases de fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, según las condiciones que se definan para su cobertura y la protección integral de la salud de la población con la articulación a los planes colectivos y de promoción de la salud del territorio nacional.

Los servicios del plan obligatorio de salud se prestarán con la oportunidad que establezca el Ministerio de la Protección Social, atendiendo la pertinencia técnica científica y los recursos físicos, tecnológicos, económicos y humanos disponibles en el país y, deberán ser tenidos en cuenta por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, para la definición del plan obligatorio de salud y el cálculo de la unidad de pago por capitación.

¿Cuál es la estructura del plan obligatorio de salud?

[§ 0535-2] El plan obligatorio de salud del sistema general de seguridad social en salud estará estructurado de acuerdo con las necesidades de servicios de salud de la población, por los siguientes componentes:

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Un listado taxativo de actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo con la nomenclatura y codificación que se defina para este fin. |
| 2. Un listado taxativo de medicamentos, en términos de nombre del principio activo, forma y concentración farmacéutica, con la nomenclatura y codificación que se defina para este fin. |
| 3. Para el caso de los insumos, se deberá describir la cobertura de aquellos necesarios para las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en el numeral 1, mediante un lis- |

tado taxativo, siempre que sean críticos financieramente por ser los de mayor impacto en el gasto.

Deberán describirse de manera precisa en cuanto a sus características técnicas genéricas, conforme el resultado de la evaluación de tecnología de los mismos y el análisis económico. Los demás insumos usados en otras actividades, procedimientos e intervenciones se entenderán cubiertos cualquiera sean sus características técnicas o su marca y su cobertura se podrá expresar en términos de topes económicos.

4. Referentes basados en evidencia: Para cumplir los principios de efectividad, integralidad y de sostenibilidad, la atención con actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos, e insumos o dispositivos, estará organizada alrededor de referentes en la forma de guías, estándares o normas técnicas basadas en evidencia que se podrán adoptar como parte del plan obligatorio de salud para aquellas enfermedades o conjuntos problema-intervención o condiciones médicas y eventos de atención para las cuales la evidencia médica y los informes de evaluación de tecnología en salud permita establecer pautas efectivas de atención, teniendo en cuenta el perfil de morbimortalidad de la población, los procesos de priorización y de actualización.

¿Qué es la actualización del plan obligatorio de salud?

[§ 0535-3] La actualización del plan obligatorio de salud, son las modificaciones que se hacen dentro de sus componentes para responder a los cambios en las necesidades de salud de la población, teniendo en cuenta el avance en la ciencia y la tecnología adoptada en el país y las condiciones económicas y financieras del sistema.

Las modificaciones del POS hacen referencia a las inclusiones y supresiones, exclusiones y sustituciones de tecnologías en salud, así como a los cambios de las condiciones en que estas son cubiertas a los afiliados, en términos de frecuencia o intensidad de uso, concentración y oportunidad.

La Comisión de Regulación en Salud, CRES, en lo de su competencia, actualizará el plan obligatorio de salud por lo menos una vez al año.

¿Cuál es la base para la actualización de los planes obligatorios de salud?

[§ 0535-4] La base para la actualización de los planes obligatorios de salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado, serán los planes de beneficios vigentes a la

fecha de publicación del Decreto Legislativo 131 del 21 de enero de 2010, conforme a los acuerdos expedidos por la Comisión de Regulación en Salud, CRES.

En desarrollo del principio de progresividad, las actualizaciones de los planes obligatorios de salud, POS, tendrán como finalidad mejorar los servicios de atención en salud a la población afiliada.

En consecuencia, se garantiza a toda la población afiliada al sistema general de seguridad social en salud, el acceso a los servicios de baja, mediana y alta complejidad según los respectivos planes de beneficios.

Así mismo, permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso.

¿Cuáles son los criterios de exclusión del plan obligatorio de salud?

[§ 0538-1] La Comisión de Regulación en Salud, CRES, en la definición de las exclusiones del plan obligatorio de salud, tendrá en cuenta los siguientes criterios que

deberán aplicarse a cualquier actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumos:

1. Que sean considerados como experimentales o sin suficiente evidencia científica sobre sus beneficios en salud, ni sobre su seguridad clínica.
2. Que no representen ganancia en salud, para la población de acuerdo a la inversión de recursos que requieren.
3. Que su valor no sea financiable por la unidad de pago por capitación, UPC, o con los recursos disponibles en el sistema general de seguridad social en salud.
4. Que como fruto del proceso de participación ciudadana no hayan sido aceptados.

¿Qué es la doctrina médica?

[§ 0538-2] Es el conjunto de conceptos conclusivos y recomendaciones basados en el análisis de la evidencia científica y la pertinencia de una tecnología en salud para su aplicación efectiva en la atención de las personas.

¿Qué son los referentes basados en evidencia?

[§ 0538-3] Son los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de la atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, para la atención de una situación específica de la salud.

Los referentes basados en evidencia incluyen principalmente, las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías de atención integral que presentan el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos o dispositivos que procuran que la atención para una condición de salud sea de calidad, segura y efectiva y que procure el equilibrio financiero del sistema.

¿Qué pueden incluir los planes voluntarios de salud y cuál es su cobertura?

[§ 0538-4] Los planes voluntarios de salud podrán incluir coberturas asistenciales o económicas, relacionadas con los servicios de salud, contratados voluntariamente que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias.

La adquisición y permanencia de un plan voluntario de salud, implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al sistema general de seguridad social en salud.

Tales planes podrán ser:

1. Planes de atención complementaria del plan obligatorio de salud emitidos por las entidades promotoras de salud.
2. Planes de medicina prepagada, de atención pre-hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de medicina prepagada.
3. Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros.

Los planes voluntarios de salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud, estén o no incluidas en el POS, tales como, copagos; servicios de salud, médicos, odontológicos, pre-hospitalarios, hospitalarios o de transporte; condiciones diferenciales frente a los planes obligatorios; coberturas de períodos de carencia; y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional.

Las entidades promotoras de salud solo podrán ofrecer planes complementarios a personas que tengan el POS en su misma entidad promotora de salud y las coberturas estarán circunscritas a los copagos, a los servicios no cubiertos por el POS, o a servicios incluidos en diferentes condiciones de hotelería, de acceso, de frecuencia de usos de servicios de salud y de tecnología, o de atenciones diferentes que permitan diferenciarlo de los planes obligatorios de salud.

En los planes de atención complementaria solo podrán ofrecerse los contenidos del plan obligatorio de salud en las mismas condiciones de atención cuando estos estén sometidos a periodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este período.

Es pertinente anotar que las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

¿Qué sucede si hay coberturas simultáneas entre un plan obligatorio y uno voluntario?

[§ 0538-5] Cuando existan coberturas simultáneas entre un plan obligatorio y uno voluntario se aplicarán las siguientes reglas:

1. El afiliado elegirá libremente el plan por el cual ingresa para su atención, sin perjuicio de que solicite servicios adicionales a otro plan de acuerdo con sus coberturas, cuando la misma no se encuentre incluida en el primero.

2. Cuando medie acuerdo entre las entidades promotoras de salud y las entidades que emiten planes voluntarios de salud, los reembolsos por la atención prestada a sus afiliados, respecto de servicios cubiertos o amparados simultáneamente, por el plan obligatorio de salud y el plan voluntario tendrán como tope el valor global del descuento que se hubiere dado a los usuarios en el plan voluntario.

En ningún caso el valor global de los descuentos podrá exceder el 30% de la unidad de pago por capitación promedio de la entidad promotora de salud. El reembolso aquí mencionado no podrá ser registrado por la entidad promotora de salud como gasto médico.

El Gobierno Nacional podrá reglamentar el monto del valor global del descuento teniendo en cuenta el perfil demográfico de la población afiliada.

Las entidades deberán registrar las respectivas cuentas en forma discriminada conforme las reglas contables que defina la Superintendencia Nacional de Salud.

3. La entidad promotora de salud y las entidades que presten servicios de planes voluntarios de salud no podrán recobrar al sistema los eventos no cubiertos en el plan obligatorio de salud que hagan parte del plan adicional de salud.

¿Cómo debe ser prestada la atención inicial de urgencias?

[§ 0545-1] La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de su capacidad de pago.

Su prestación no requiere contrato, orden previa ni exigencia de pago previo o la suscripción de cualquier título valor que garantice el pago.

Las EPS en relación con sus afiliados o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar el pago de servicios a las IPS públicas o privadas, cuando estén causados por este servicio, aún sin que medie contrato.

Si la desatención es causa directa de la muerte del paciente y es responsabilidad de la entidad, la Superintendencia Nacional de Salud podrá ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar la entidad causante de la desatención.

Las medidas señaladas anteriormente se adoptarán mediante acto administrativo motivado y dará lugar al inicio del proceso administrativo ante el Superintendente Nacional de Salud.

Prestaciones excepcionales en salud

¿Qué son las prestaciones excepcionales en salud?

[§ 0555-1] Las prestaciones excepcionales en salud son aquellas atenciones que exceden a las incluidas en el POS del régimen contributivo, que requieran de manera extraordinaria las personas afiliadas al sistema general de seguridad social en salud tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, las cuales serán ordenadas por el médico tratante y autorizadas por el comité técnico de prestaciones excepcionales en salud, de conformidad con los principios y reglas establecidos.

¿Qué principios se tienen en cuenta para el otorgamiento de prestaciones excepcionales en salud?

[§ 0555-2] El otorgamiento de prestaciones excepcionales en salud se regirá por los siguientes principios:

1. Necesidad. Es el estado en el que una persona requiera prestaciones excepcionales en salud y que son indispensables para preservar o recuperar la salud y representa un riesgo inminente o peligro irresistible para la vida si no se suministran.

2. Pertinencia. Es la relevancia médica de una prestación excepcional en salud en la medida que su prescripción o formulación esté basada en la evidencia científica, las guías de práctica clínica o la doctrina médica, para una condición específica de salud.

3. Priorización. Es el conjunto de criterios que deben tenerse en cuenta para determinar el orden de precedencia en el tiempo de las solicitudes y autorizaciones de prestaciones excepcionales en salud,

teniendo en cuenta los recursos disponibles y la urgencia vital de las mismas.

4. Excepcionalidad. Es la procedencia de la autorización de una prestación en salud cuando se haya verificado que los medios preventivos, diagnósticos o terapéuticos incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo no son efectivos, y si lo serían las prestaciones excepcionales, de acuerdo con la evidencia científica, las guías de práctica clínica o la doctrina médica.

5. Razonabilidad. Se da cuando el resultado de la relación costo-beneficio de una prestación excepcional en salud, es tal, que amerita la prestación de la misma, frente a la incluida en el plan obligatorio de salud.

6. Subsidiariedad. Es el criterio según el cual la cofinanciación con recursos públicos solamente procede en los eventos en que la persona no tenga suficiente capacidad de pago y, por lo tanto, podría acceder a los recursos del fondo de prestaciones excepcionales en salud, de acuerdo con su situación relativa.

7. Finitud. Es la condición según la cual los recursos públicos disponibles y destinados a la cofinanciación de las prestaciones excepcionales en salud son finitos y, por lo tanto, hasta esa cuantía se puede responder anualmente por las prestaciones excepcionales de salud y por ello deben ser priorizadas.

¿Cuándo son eficaces las órdenes de las prestaciones excepcionales?

[§ 0555-3] Las órdenes de prestaciones excepcionales en salud por parte del médico tratante, solo serán válidas y

eficaces cuando cumplan los principios y procedimientos dispuestos y sean autorizadas por el comité técnico de prestaciones excepcionales en salud.

¿Cuáles prestaciones no son excepcionales?

[§ 0555-4] En ningún caso se podrán considerar como prestaciones excepcionales en salud aquellas que no corresponden a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

En consecuencia, no son prestaciones excepcionales en salud del sistema general de seguridad social en salud, por no corresponder a prestaciones en salud, entre otras, las de educación, instrucción o capacitación; actividades recreativas o lúdicas; las prendas de vestir; las actividades e insumos cosméticos, estéticas, suntuarias o con fines de embellecimiento y los gastos generados por la presencia de acompañantes.

Tampoco serán objeto de cobertura por parte del sistema general de seguridad social en salud aquellas prestaciones que no cuenten con evidencia científica o que se encuentren en fase de experimentación; y aquellos medicamentos, suministros y dispositivos médicos, tecnologías, procedimientos, intervenciones, actividades y tejidos humanos, que sean producidos o introducidos en el territorio nacional de manera ilegal o no autorizada, entre otros, o los que no correspondan a los expresamente registrados, aprobados o autorizados, de acuerdo con la normatividad vigente.

¿Qué se debe hacer cuando se otorguen prestaciones excepcionales?

[§ 0555-5] En los eventos en los que se otorguen prestaciones excepcionales en salud, estas deberán estar discriminadas en cada uno de sus componentes tales como, actividades, intervenciones, dispositivos e insumos médicos, y medicamentos en el

diagnóstico y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación de la misma.

Las prestaciones excepcionales en salud, deberán ser facturadas desagregando cada uno de sus componentes, con el fin de que se pueda establecer con precisión las obligaciones a cargo del aseguramiento y aquellas que correspondan a prestaciones excepcionales en salud, a cargo del Fonpres.

¿Qué es el Fondo de prestaciones excepcionales en salud, FONPRES?

[§ 0555-6] El Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud, Fonpres, es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, sin personería jurídica ni planta de personal propia, que se administrará a través de un patrimonio autónomo y se regirá por el derecho privado.

El Fonpres contará con instancias para la autorización de las prestaciones excepcionales en salud y para la organización de la red de prestadores y proveedores de servicios de salud.

El fondo se financiará con los recursos del impuesto sobre las ventas a la cerveza y a los juegos de suerte y azar.

El Fonpres estará sujeto a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

¿Cuál es el objeto del FONPRES?

[§ 0555-7] El Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud, Fonpres, tendrá como objeto recaudar, asignar, ejecutar y controlar los recursos destinados a la cofinanciación de las prestaciones excepcionales en salud y para ello el Ministerio de la Protección Social contratará:

(a) Un administrador fiduciario que será quien represente y administre el patrimonio autónomo y,

(b) gestores para la organización y administración de prestaciones excepcionales en salud, cuyas características, condiciones y funciones se establecerán por el consejo de administración del fondo.

Con los recursos del Fonpres se deben asumir los gastos inherentes a la operación, administración, gestión y funcionamiento del sistema de las prestaciones excepcionales en salud, agotando en primera instancia, los rendimientos financieros producidos por los recursos administrados.

Con cargo a los recursos de Fonpres no se podrá asumir la legalización de cuentas o recobros por prestaciones incluidas en los planes obligatorios de beneficios de ambos regímenes ni la provisión de bienes y servicios.

El organismo técnico científico para la salud que se cree para la regulación científica, inspección y vigilancia de la aplicación del método científico, podrá ser financiado con los recursos destinados al Fonpres en lo relacionado con los aspectos de las prestaciones excepcionales en salud.

¿Quién va a financiar las prestaciones excepcionales en salud?

[§ 0555-8] Las prestaciones excepcionales en salud, se financiarán por los afiliados al sistema general de seguridad social en salud que las requieran.

Estas prestaciones serán cofinanciadas, total o parcialmente, consultando la real capacidad de pago del afiliado, de manera subsidiaria, exclusivamente con los recursos que la ley haya destinado al Fonpres para tal efecto, y hasta tanto se agote la disponibilidad presupuestal anual.

¿Cuál es la tarifa para el pago de las prestaciones excepcionales en salud?

[§ 0555-9] Las prestaciones de servicios excepcionales en salud, previo proceso

de auditoría, el cual deberá realizarse con base en una muestra definida con los estándares internacionalmente aceptados, sin perjuicio de que se requieran, de manera especial, revisiones con aplicación de metodologías distintas, serán pagadas máximo a los precios y tarifas definidos por el gestor de prestaciones excepcionales en salud, aún en el evento en que el cobro lo realice un prestador o proveedor que no pertenezca a la red de servicios excepcionales en salud.

En el evento en que el procedimiento, suministro, insumo, dispositivo o medicamento, no se encuentre en la relación de precios y tarifas definidos, quien pretenda su cobro al Fonpres, deberá allegar la factura o el soporte que lo sustituya, en los que conste el precio de compra al proveedor de origen, sea este nacional o extranjero, para efectos de definir el valor que puede ser reconocido a quien prestó el servicio, suministro, insumo o medicamento o aquel que se establezca para determinar el precio máximo a reconocer.

El consejo de administración del fondo, previa evaluación podrá establecer los criterios para adoptar pagos previos al proceso de auditoría.

¿Qué son los Comités técnicos de prestaciones excepcionales en salud?

[§ 0555-10] Los comités técnicos de prestaciones excepcionales en salud son la instancia responsable de definir sobre la procedencia de la autorización de las prestaciones excepcionales en salud que hayan sido prescritas o formuladas por el médico tratante, que podrán ser cofinanciadas por el Fonpres.

Estos comités tomarán sus decisiones consultando de manera obligatoria los principios, las definiciones, guías, protocolos, recomendaciones o doctrina médica emitida para tal fin por el organismo técnico científico o en su ausencia, el comité solo podrá decidir basado en la evidencia científica.

Los integrantes de los comités técnicos de prestaciones excepcionales en salud se entiende que prestan un servicio público para todos los efectos legales.

¿De qué depende la autorización de prestaciones excepcionales en salud?

[§ 0555-11] La autorización de prestaciones excepcionales en salud que serán cofinanciadas por el Fonpres procederá previa verificación de la capacidad real de pago del afiliado, a partir de la cual se determinará si el solicitante o su grupo familiar pueden costearlo en su totalidad, o la proporción en que puedan asumirlo, teniendo en cuenta su nivel de ingreso y/o su capacidad patrimonial, entre otros criterios.

Los operadores públicos y privados de bancos de información y/o bases de datos reportarán la información relevante para establecer la capacidad real de pago a las instancias que designe el Gobierno Nacional, para realizar la verificación en la forma y condiciones pertinentes. Esta información mantendrá la protección de datos personales a que hace referencia la Ley 1266 de 2009.

¿Habrán facilidades de pago para los usuarios?

[§ 0555-12] El Gobierno Nacional reglamentará esquemas de financiación que puedan ser desarrollados e implementados por las entidades del sector financiero, cooperativo y cajas de compensación proporcionando a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud acceso a líneas de crédito que les permitan financiar las prestaciones excepcionales en salud, en lo que a ellos corresponda.

Para cubrir las obligaciones derivadas de las prestaciones excepcionales en salud los afiliados también podrán utilizar parcial o totalmente el saldo sin comprometer, que mantengan en su cuenta individual de cesantías, ya sea de manera directa o mediante su pignoración.

§ 0555-10

Igualmente y para el mismo efecto, podrán disponer de los saldos acumulados en fondos o programas de pensiones voluntarias sin que se pierdan los beneficios tributarios que la ley les reconoce.

¿Cuáles son los requisitos generales que deben tener en cuenta los médicos al momento de formular o prescribir un medicamento y/o dispositivo?

[§ 0555-13] La formulación o prescripción por parte de los médicos tratantes vinculados al sistema general de seguridad social en salud, de cualquier prestación excepcional en salud, será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del manual de medicamentos del plan obligatorio de salud.

Cuando el profesional se aparte sin justificación aceptable de una recomendación incluida en un estándar adoptado por su respectiva profesión y con ello ocasione un daño económico al sistema general de seguridad social en salud, incurrirá en una falta que será sancionada con una multa entre 10 y 50 SMMLV.

Si existe solo uno de los supuestos anteriormente descritos, no habrá lugar a la responsabilidad ético-disciplinaria, ni a la imposición de la multa.

Los recursos recaudados por efecto de estas sanciones serán destinados al Fondo de Capacitación de los Profesionales de la Salud, cuyo objeto es financiar la actualización de los profesionales médicos y odontólogos en los estándares que deben utilizar.

¿Cómo operará el sistema durante el período de transición para el otorgamiento de prestaciones excepcionales en salud?

[§ 0555-14] Durante el período de transición, se aplicarán las siguientes reglas:

1. El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, continuará tramitando y financiando el pago de los recobros.

El Ministerio de la Protección Social revisará el presupuesto definido para la vigencia 2010 en el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, para la asunción de los recobros, en consideración a los principios y medidas adoptadas.

2. Los comités técnicos científicos creados por la Ley 100 de 1993 y las normas que la modifican, decidirán sobre la procedencia de las prestaciones excepcionales en salud, aplicando, a partir de la fecha de su promulgación y hasta la finalización del período de transición, los principios y demás reglas establecidos.

3. Para el reconocimiento y pago de los recobros por prestaciones excepcionales en salud que sean efectuadas durante el período de transición, se aplicarán las tarifas y precios publicados en la página web del Ministerio de la Protección Social.

4. Durante el período de transición y mientras se contrata el patrimonio autónomo; con los recursos destinados al Fonpres se podrán financiar los gastos de operación, gestión y funcionamiento del sistema de prestaciones excepcionales en salud, excepto lo que asume durante la transición el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.

Las fuentes de recursos para la financiación del Fonpres dentro del período de transición, se administrarán por parte de la Dirección General del Crédito Público y del Tesoro Nacional, en una cuenta independiente, una vez concluido el período de transición, se transferirán al Fonpres.

NOTA: Las disposiciones contenidas en el Decreto 128 de 2010 se aplicarán a partir del 21 de enero de 2010, salvo en lo concerniente a la financiación con cargo al Fonpres y a los comités técnicos de prestaciones excepcionales en salud, aspectos que entrarán en vigencia cuando se cumplan seis (6) meses desde la promulgación del decreto; es decir el 21 de julio de 2010.

¿Qué es el Sistema técnico científico en salud y cuál es su finalidad?

§ 0555-15 El sistema técnico científico en salud es un conjunto de principios,

órganos, instituciones, reglas y recursos, cuya finalidad es la coordinación de actividades tendientes a la generación del conocimiento para la prestación del servicio público de salud en condiciones estandarizadas de acuerdo con criterios técnicos y científicos.

El sistema técnico científico en salud buscará el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, a través de la entrega de prestaciones científicamente validadas y técnicamente aplicables en el servicio público de salud.

Adicionalmente, el sistema técnico científico en salud se encargará de realizar el control científico, el seguimiento y la evaluación de las prestaciones de salud para garantizar el mayor bienestar social posible.

Para esto, el sistema técnico científico en salud coordinará, articulará, generará y clasificará el conocimiento pertinente, con criterio técnico basado en evidencia científica, de tal forma que sus orientaciones sean un referente para los prestadores que participan en el servicio público de salud y para los diferentes organismos estatales que ejerzan la inspección, vigilancia y control científico, administrativo o judicial sobre ese servicio público, lo anterior sin perjuicio de las decisiones que con carácter vinculante puede adoptar el organismo técnico científico para la salud.

El sistema técnico científico en salud incluye el organismo técnico científico para la salud, el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud, CRES, el Instituto Nacional de Salud, INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, los comités técnicos de prestaciones excepcionales, el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, Colciencias, las instituciones de educación superior acreditadas, los grupos y centros de investigación reconocidos por Colciencias, los prestadores de salud en los términos del Decreto 1011 de 2006, las entidades promotoras de salud, las otras entidades responsables del pago de los servicios de salud, y demás entida-

des del sector que apliquen o verifiquen la aplicación del conocimiento.

¿Qué es el organismo técnico científico para la salud?

[§ 0555-16] El organismo técnico científico para la salud es un órgano estatal encargado de la regulación científica, inspección y vigilancia de la aplicación del método científico en el ejercicio de las profesiones de la salud que participan en la prestación del servicio público de salud,

particularmente a través del desarrollo de referentes basados en evidencia científica, en el plan obligatorio de salud y en las prestaciones excepcionales de salud. Este órgano tiene autonomía administrativa y técnica.

El organismo tendrá dos fuentes de financiación: para lo relacionado con las prestaciones excepcionales en salud, se financiará con recursos destinados al Fonpres y en lo relacionado con las prestaciones incluidas en el plan obligatorio de salud se financiará con recursos excedentes de la subcuenta ECAT del Fosyga.