EL NUEVO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PUBLICO COLOMBIANO SENTENCIA C-313 DE 2014

LEY 1751 DE 2015 O LEY ESTATUTARIA EN SALUD LEY 1753 DE 2015 O LEY DEL PLAN DE DESARROLLO,

LEY 1797 DE 2016

DECRETO 780 DE 2016 DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Y SUS MODIFICATORIOS LOS DECRETOS 1184, 1370, 1427, 1495, 1500, 1550, 1829*, 1937 (F), 1990, 2083, 2117 Y 2152 DE 2016, 294, 613, 718, 762, 866, 923, 969*, 1297, 1765, 1848, 2228 Y 2265 DE 2017, Y 433, 631, 682, 710, 948, 1273, 1333, 1334 y 1355 DE 2018.

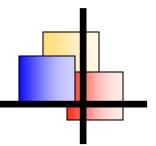
DECRETOS 1429 Y 1431 DE 2016, 546, 547 Y 1264 DE 2017 y 852 DE 2018.



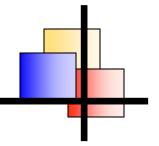
Dr. William Javier Vega Vargas. República de Colombia

Libertad y Orden

EL NUEVO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PÚBLICO COLOMBIANO.



LEY 1751 DE 2015 O LEY ESTATUTARIA EN SALUD, SENTENCIA C-313 DE 2015.



PROPOSITIOS DE LA LEY ESTATUTARIA



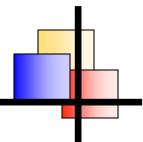
Los preceptos que integren la Ley Estatutaria del derecho a la salud, se concentran en:

- 1. La definición del derecho fundamental a la salud.
- 2. La eliminación de los Regímenes Especiales o Excepcionales en Salud REES
- 3. La Eliminación del POS y lo no POS.
- 4. El Plan Integral de Salud o PLIS
- 5. La sostenibilidad en el financiamiento del Plan Integral de Salud.
- 6. La calidad en términos de acceso, continuidad, integralidad y progresividad.
- 7. Los mecanismos para incentivar corresponsabilidad en el cuidado de la salud de los afiliados al Sistema y lograr mejores resultados en salud.
- 8. La gestión integral del riesgo en salud.
- 9. Las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

Ámbito de aplicación (Art. 3º, Ley Estatutaria)

La Ley Estatutaria se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a salud.





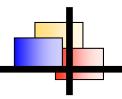


Definición de Sistema de Salud (Art. 4º, Ley Estatutaria)

Es el conjunto articulado y armónico de

- Principios y normas;
- Políticas públicas;
- Instituciones;
- Competencias y procedimientos;
- Facultades, obligaciones, derechos y deberes;
- Financiamiento;
- Controles;
- 🖊 Información y evaluación,

Que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

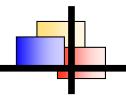




Definición de Sistema de Salud (Art. 4º, Ley Estatutaria)

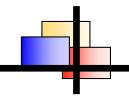
Se elimina «Sin perjuicio de la existencia de los regimenes especiales y de excepción en salud»







Para la Sala, este mandado podía ser del resorte del legislador ordinario, pues, no establece prerrogativas básicas, principios que guíen el derecho, así como tampoco excepciones o limitaciones de orden general del mismo.





Numeral 5.2.4.3., Sentencia C–313 de 2014 Corte Constitucional.

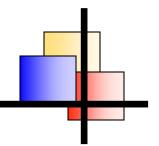
Para la Corte, <u>resulta necesario destacar que el concepto de</u> <u>sistema consagrado en el precepto</u>, <u>corresponde a un todo que supera en mucho lo que en el antes transcrito artículo 155 de la Ley 100 de 1994</u>, <u>se definiera como sistema de seguridad social en salud.</u>

Para la Corte, <u>la noción de sistema no alude a componentes</u> <u>aislados</u>.

Esta percepción se compagina con una apreciación amplia de la disposición y que, en el sentir de la Corte, debe encaminarse a realizar el goce efectivo del derecho.

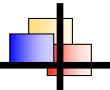
En el caso del artículo 4º del proyecto, se impone una lectura en pro de la eficacia del derecho fundamental que la ley regula.

DEBERES DE LAS PERSONAS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.



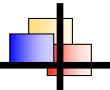
Son deberes de las personas relacionados con los servicios de salud los siguientes: (Inc. 2, Art. 10, Ley Estatutaria)

- a) <u>Propender por su auto-cuidado, el de su familia y</u> el de su comunidad;
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;
- c) <u>Actuar de manera solidaria ante las situaciones</u> que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;

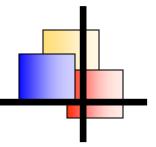


Son deberes de las personas relacionados con los servicios de salud los siguientes: (Inc. 2, Art. 10, Ley Estatutaria)

- e) <u>Usar adecuada y racionalmente las</u> <u>prestaciones ofrecidas, así como los recursos</u> <u>del sistema;</u>
- f) Cumplir las normas del sistema de salud;
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;



COLAPSO Y LIQUIDACIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO ESE.





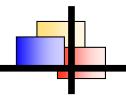
Se ha desencadenado la <u>mayor iliquidez de la historia de la</u> red pública a nivel nacional.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social, miden hoy a las ESE por el recaudo que estas realizan, lo cual, coloca a las ESE en un gran peligro por el crecimiento de las instituciones que ha ingresado a riesgo fiscal y financiero por falta de recaudo.

Todo el tiempo <u>las ESE se encuentran al borde del</u> precipicio, con amenazas cada vez más latentes producto de la iliquidez y de las obligaciones que deben cumplir las ESE como si estuvieran recibiendo los recursos en un flujo normal.



Mientras a las ESE se les somete a planes de saneamiento fiscal, en donde deben modificar su categorización de riesgo en un año y cuyas metas con el Ministerio de Hacienda, irónicamente son aumentar el recaudo e incrementar los ingresos por concepto de venta de servicios, para no ser fusionadas, intervenidas o liquidadas, a las EPS les otorgan un plazo de 10 años para recuperar sus finanzas, lo que indica que esa dinero no se va a recaudar antes, adicionalmente, las EPS en contravía aún de las normas, disminuyen los porcentajes de contratación con la red.





Lo que no se recauda en el corto plazo generalmente se dilata hasta convertirse en cartera de difícil recaudo y finalmente, esos dineros están hablando de pagarlos en 10 años hoy 9 años, quién sabe si para el 2027 habrá ESE al paso que se va.

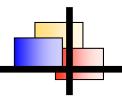
Se ha manifestado que el plazo de 10 años hoy 9 para que las EPS paguen, corresponde sólo para cartera no corriente, no obstante, las cifras demuestran claramente que las EPS no están pagando tampoco el giro corriente, desfinanciando a los prestadores y generando unos porcentajes de recaudo muy bajos.

De seguir por ese camino, el colapso las ESE está muy cerca.

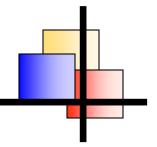


El mismo gobierno nacional en su interior se contradice, ya que las exigencias del Ministerio de Hacienda ordenan aumentar ventas, mientras que la Superintendencia Nacional de Salud, aprueba planes a las EPS en donde se proyecta la disminución de recursos a los prestadores vía contratación.

Así las cosas se observa es una clara intención de liquidar a las Empresas Sociales del Estado ESE.



LAS NUEVAS ENTIDADES EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PÚBLICO COLOMBIANO.



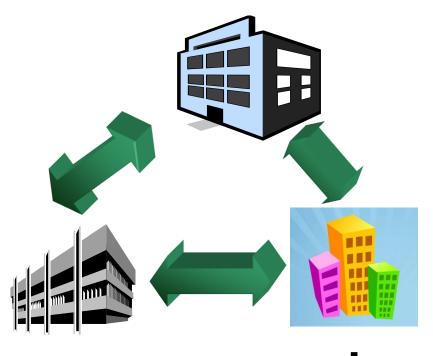
Componentes del nuevo sistema de seguridad social en salud público

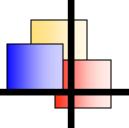
COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD



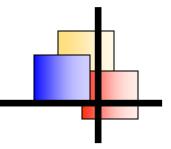
Entidades Participantes en el Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud Público Colombiano.

- La Adminsitradora de Recursos del Sistema de Salud ADRES,
- **Los Gestores de Servicios de Salud EPS.**
- Las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud RIPSS.

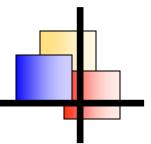




LA ADRES.



LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SGSSS –ADRES- ARTÍCULOS 66 Y 67 DE LA LEY 1753 DE 2015 O LEY DEL PLAN DE DESARROLLO, DECRETOS 1429 Y 1431 DE 2016, 546, 547, 1264 Y 2265 DE 2017, 852 Y 1355 DE 2018.



Fuentes de los recursos

Fuentes Régimen Contributivo

Fuentes Régimen Subsidiado

Fuentes ECAT

Aportes del Presupuesto General de la Nación PGN

Impuesto de Renta Anticipada IRAN art. 65 Ley 1819 de 2016



Recauda, administra y gira los recursos

ADRES

Administra la información de afiliación y recursos

Destinación de los recursos

Pago de UPC a EPS

Pago de lo no PBS a EPS en el Régimen Contributivo

Prestaciones Económicas

Indemnizaciones ECAT

Pago de UPCS a EPSS

Giro directo a las RIPSS

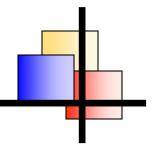
Gastos con destinación especifica (leyes 1448,1335)

Administración, funcionamiento y operación de la entidad

Compra directa de medicamentos, insumos, y dispositivos no cubiertos por el PBS, para el régimen contributivo.



FLUJO DE RECURSOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.



FLUJO DE RECURSOS A LAS RIPSS

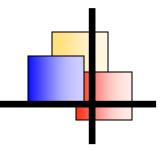
LITERAL D DEL INCISO 4 DEL ARTÍCULO 66 DE LA LEY 1753 DE 2015, Y NUMERALES 3 Y 4 DEL ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 1429 DE 2016.

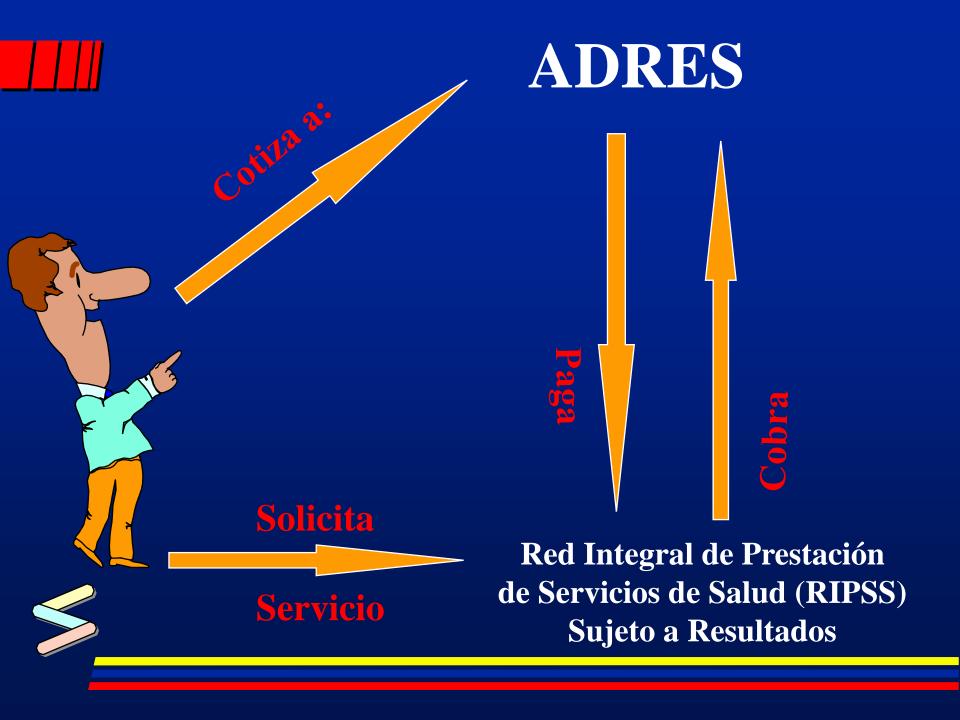
ARTÍCULOS 239 DE LA LEY 1955 DE 2019

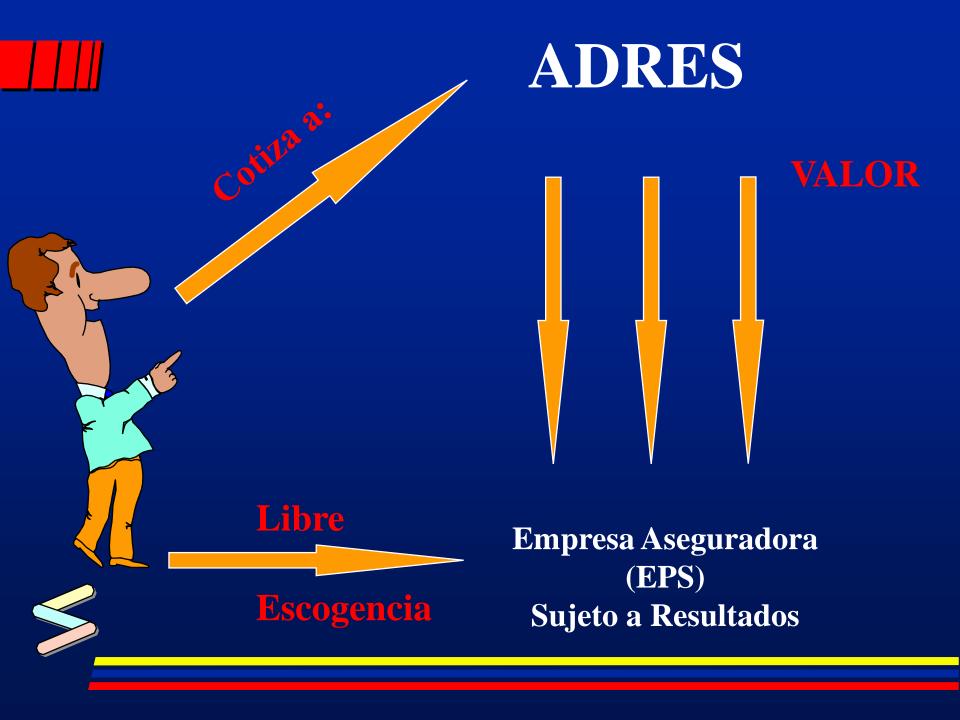
FLUJO DE RECURSOS A LAS EPS

LITERAL C DEL INCISO 4 DEL ARTÍCULO 66 DE LA LEY 1753 DE 2015 Y NUMERAL 4 DEL ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 1429 DE 2016.

EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS.







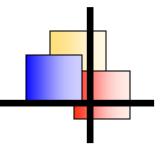


Nuevo Flujo de Recursos en el Régimen Contributivo.

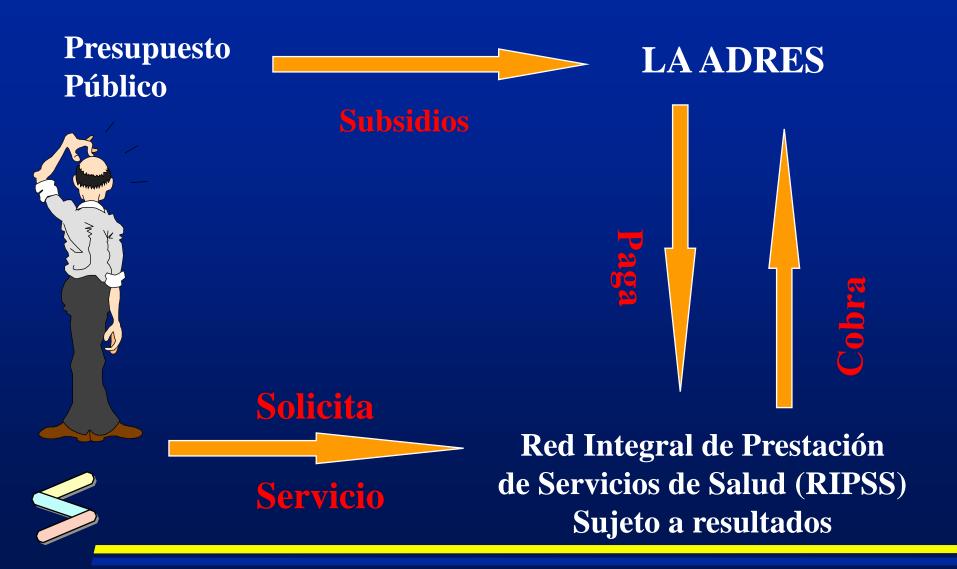




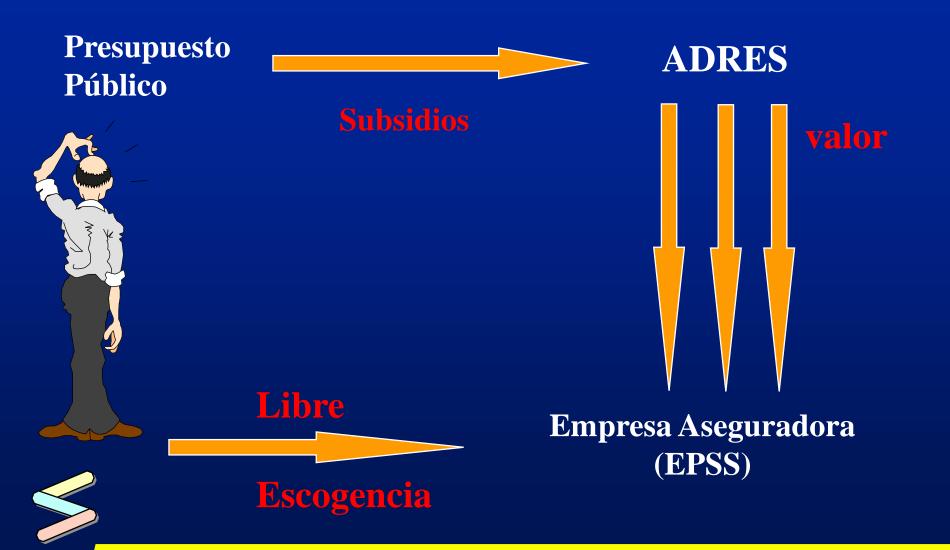
EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SGSSS.



¿Y los Pobres?



¿Y los Pobres?





¿Y los Pobres?



LAADRES

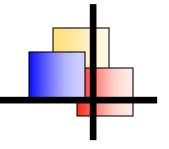
PAGO SERVICIOS DE SALUD

> Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud RIPSS



Empresa Aseguradora EPSS

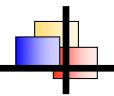
PAGOS POR RESULTADOS EN SALUD



Incentivos a la calidad y los resultados en salud. (Art. 241 de la Ley 1955 de 2019)

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un mecanismo de pago por resultados en salud, el cual tendrá como mínimo un sistema de información, seguimiento y monitoreo basado en indicadores trazadores.

Para efecto de lo aquí dispuesto, la (ADRES), podrá girar los recursos que se determinen por este mecanismo a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), en función de los resultados en salud que certifique la EPS.

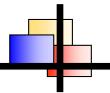


Incentivos a la calidad y los resultados en salud. (Art. 241 de la Ley 1955 de 2019)

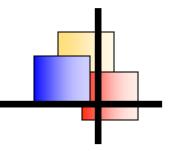
Los recursos destinados para el mecanismo de pago por resultado, serán los equivalentes a los asignados en cumplimiento del artículo 222 de la Ley 100 de 1993 a la entrada en vigencia de la presente Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la variación de estos recursos, que en todo caso deberán tener en cuenta la suficiencia de la UPC.

Adicionalmente se establecerán incentivos de reconocimiento social y empresarial por resultados con calidad para las IPS del Sistema de Salud u otros actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.

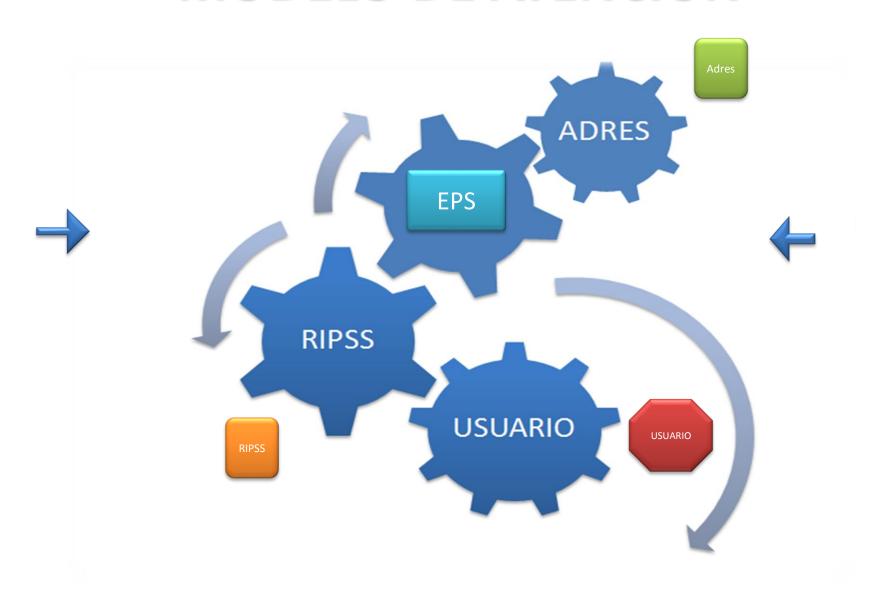
El Ministerio de Salud y Protección Social podrá con cargo a los recursos del mecanismo, contratar a un tercero independiente que evalúe el cumplimiento de dichos resultados.



ASEGURAMIENTO EN SALUD



MODELO DE ATENCION

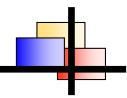




Gestores de Servicios de Salud GSS (Art. 14º, Ley Estatutaria)

La entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud.





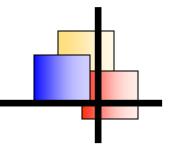
RECORDEMOS QUE SE ENTHENDE POR ASEGURAMHENTO EN SALUD Y CUALLES EL NUEVO ROL DEL ASEGURADOR(INC. 10., ART, 14, LIEY 1122 DE 2007))

- La administración del riesgo financiero,
- La gestión del riesgo en salud,
- La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y
- La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo anterior exige que el asegurador:

- Asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida, y
- Cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

POLITICA PUBLICA EN SALUD.





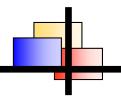
Política Pública en Salud (Art. 20, Ley Estatutaria)

El Gobierno Nacional deberá implementar <mark>una</mark> política social de Estado

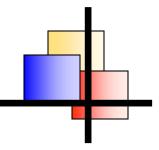
Que permita la articulación intersectorial

Con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho,

Afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.



POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD - PAIS -.

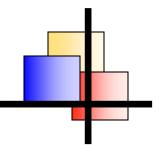


Política de atención integral en salud (Inc. 2 art. 65, Ley 1753 de 2015).

Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques:

- i) Atención primaria en salud (APS);
- ii) Salud familiar y comunitaria,
- iii) Articulación de las actividades individuales y colectivas
- iv) Poblacional y
- v) <u>Diferencial.</u>

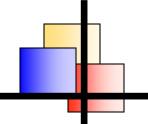
FORTALECIMIENTO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD –RHS-



Disponibilidad. (Lit. a, Inc. 1º, art. 6º, Ley Estatutaria)

El Estado deberá
garantizar la existencia
de servicios y
tecnologías e
instituciones de salud,
así como de programas
de salud y personal
médico y profesional
competente;

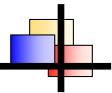




Calidad e idoneidad profesional (Literal d, Inc. 1º, art. 6º, Ley estatutaria)

Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán:

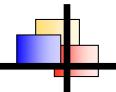
- Estar centrados en el usuario,
- Ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y
- Responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas.



Calidad e idoneidad profesional (Literal d, Inc. 1º, art. 6º, Ley estatutaria)

Lo anterior requiere, entre otros:

- Personal de la salud adecuadamente competente, enriquecido con educación continua e investigación científica y
- Una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

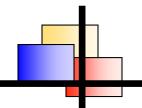


Progresividad del Derecho (Lit. g, inc. 2º, art. 6º, Ley Estatutaria)

<u>El Estado</u> promoverá:

El mejoramiento del talento humano,



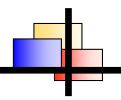




Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. (Art. 18, Ley Estatutaria)

Los trabajadores, y en general el talento humano salud, estarán en <u>amparados</u> por condiciones laborales <u>justas y dignas,</u> con estabilidad y facilidades para incrementar sus de conocimientos, las acuerdo con necesidades institucionales.



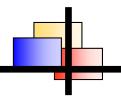




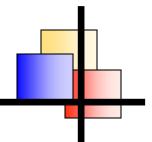
Derechos relacionados con la prestación de servicios de salud: (Inc. 1º, art. 10, Ley Estatutaria)

h) A que se le preste durante todo el la proceso de enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados autorizados para ejercer;

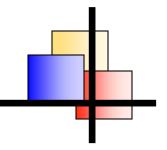




PLAN DE BENEFICIOS INDIVIDUAL DE SALUD - PLAN INTEGRAL DE SALUD (PLIS) - EN EL NUEVO SISTEMA DE SALUD PUBLICO COLOMBIANO.



PLAN INTEGRAL DE SALUD (PLIS).



Prestaciones de Salud (Inc. 1, art. 15, Ley Estatutaria)

El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya:

- Su promoción,
- La prevención,
- La paliación,
- La atención de la enfermedad y
- 👢 <u>Rehabilitación de sus secuelas.</u>

LAI INTEGRALIDAD. (ART: 80, LEY ESTATUTARIA)

Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador.

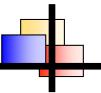
No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Prestaciones de Salud (Inc. 2, art. 15, Ley Estatutaria)

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

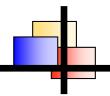
- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación.
- f) Aquellos que se presten en el exterior.



Prestaciones de Salud (Inc. 3 y 4 art. 15, Ley Estatutaria, Resolución 330 de 2017, Resolución 5267 de 2017, Resolución 244 de 2019)

Los servicios o tecnologías que cumplan los criterios anteriores serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

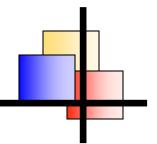


Prestaciones de Salud (Pár. 3, art. 15, Ley Estatutaria)

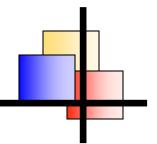
Bajo <u>ninguna</u> circunstancia deberá entenderse que <u>los</u> criterios de exclusión aquí definidos, afectarán el acceso a tratamientos personas que las sufren enfermedades raras o huérfanas.



SERVICIOS Y TECNOLOGIAS DE SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC 3512 DE 2018.



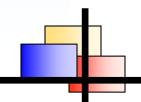
RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD –RIAS- RESOLUCIÓN 3202 DE 2016.



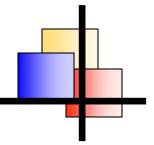
Rutas de Atención Integral RIAS. **RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD - RIAS COBERTURA PROMOCION PALIACION PREVENCION REHABILITACION TRATAMIENTO RUTA INTEGRAL DE ATENCION RUTAS INTEGRALES DE** PARA LA PROMOCION Y ATENCION ESPECÍFICA MANTENIMIENTO DE LA SALUD **RUTA INTEGRAL DE** ATENCION PARA GRUPOS Dr. William Javier

RUTIAIS INTEGRAILES DE ATENCIÓN EN SALUD RIAIS.

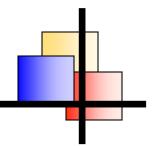
- 3202 de 2016: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones.
- 3280 de 2018: Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento y de la Ruta Integral de Atención para la Población Materno Perinatal de la Salud, Deroga la 412 de 2000, la 769 y 1973 de 2008 y modifica el anexo técnico de la 518 de 2015.
- 4 276 de 2019, que modifica la 3280 de 2018.



LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC.



RESOLUCIONES 5395 DE 2013 Y 3435 DE 2016, 5928 DE 2016 Y 1885 DE 2018 CON MEDICO TRATANTE.



FINANCIACIÓN DE LAS ENFERMEDADES HUÉRFAINAS EN EL REGIMEN CONTRIBUTIVO (ART: 5, LEY 1392 DE 2010).

En el Régimen Contributivo, las prestaciones en salud no incluidas en el plan obligatorio serán financiadas con cargo a los recursos de la Subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía-Fosyga hoy ADRES, que no afecten los destinados al aseguramiento obligatorio en salud. Para efectos del presente artículo, se faculta al Gobierno Nacional para establecer un régimen especial de condiciones y tarifas máximas al cual deberá sujetarse reconocimiento y pago de los costos de la atención de dichas enfermedades.

Servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC, artículo 5º, de la Ley 1392 de 2010, Resoluciones 5395 de 2013, 3435 y 5928 de 2016, y 1885 de 2018.

Alta Complejidad
Alto Costo

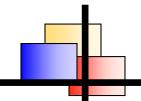
Alta Complejidad Bajo Costo

Mediana Complejidad

Baja Complejidad

Cubierto por la EPS con la UPC

Cubierto por las EPS con recobro a la ADRES



Servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC, artículo 5º, de la Ley 1392 de 2010, Resoluciones 5395 de 2013, 3435 y 5928 de 2016, y 1885 de 2018, parágrafo del artículo 7 de la Ley 1797 de 2016.

Alta Complejidad Alto Costo

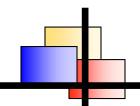
Alta Complejidad Bajo Costo

Mediana Complejidad

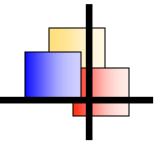
Baja Complejidad

Cubierto por la EPS con la UPC

Pagado directamente por la ADRES a quien suministró el servicio



POLITICA FARMACEUTICA NACIONAL.





Política Farmacéutica Nacional. (Par. art. 23º, Ley Estatutaria)

El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos.

<u>Dichos precios se determinarán con base en comparaciones</u> internacionales.

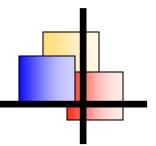
En todo caso no podrán superar el precio internacional de referencia de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional.

Se regularán los precios de los medicamentos hasta la salida del proveedor mayorista.

El Gobierno Nacional deberá regular el margen de distribución y comercialización cuando este no refleje condiciones competitivas. (Con declaración de exequibilidad condicionada).



REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.

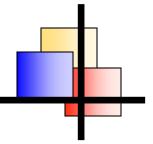


REGISTROS SANITARIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS.(INC. 10, ART: 72, LEY 1753 DE 2015

La evaluación que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) a los medicamentos y dispositivos médicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el precio que este ministerio determine con base en esa evaluación, serán requisitos para la expedición del correspondiente registro sanitario y/o su renovación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

El proceso de determinación del precio que aquí se trata se hará en forma simultánea con el trámite de registro sanitario ante el Invima.

NEGOCIACIÓN CENTRALIZADA O COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS.

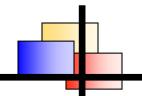


NEGOCIACIÓN CENTRALIZADA O COMPRA DIRECTA DE MEDICMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS. (ART. 74, LEY 1753) DE 2015, QUE MODIFICA EL ART. 88, LEY 1488 DE 2011).

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos.

Los precios resultantes de las negociaciones centralizadas serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios.

El Gobierno Nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos.

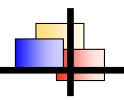




Compra centralizada de medicamentos (Resolución 1692 de 2017)

Gobierno efectuará la Compra Centralizada de UNICO **EXCLUSIVO** Medicamentos como MECANISMO para suministrar en el país estos medicamentos a los usuarios del Sistema Seguridad Social. Piensa iniciar con los medicamentos de Hepatitis C. Esta compra la hará a través del Fondo Estratégico de Medicamentos de la OPS, fondo a través de cual ya 27 países compran algunos medicamentos del portafolio que maneja dicho Fondo.

De esta manera, <u>si no es a través de este mecanismo,</u> <u>ningún usuario del sistema podrá acceder al</u> <u>medicamento.</u>

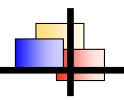




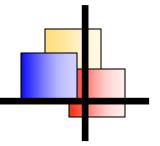
Distribución de los medicamentos (Resolución 1692 de 2017)

La distribución de los medicamentos comprados por el Ministerio de Salud y Protección Social a los afiliados al SGSSS, se realizará a través de su operador logístico. Su entrega a las EPS, se realizará en función de los casos notificados a través de Sistema de Vigilancia en Salud Pública —SIVIGILA-, y confirmados por estas últimas.

Una vez se entregue el medicamento a la EPS, no habrá lugar a cobros o recobros a ADRES.



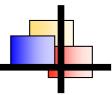
COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS POR ADRES.



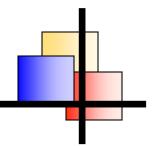
Compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos por ADRES (Art. 1, Decreto 852 de 2018, que adiciona un parágrafo al art. 3 del Decreto 1429 de 2016, modificado por los Decretos 546 y 1264 de 2017)

La ADRES podrá previa delegación del MSPS adelantar la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos no cubiertos por el PBS, para el régimen contributivo.

Para tal fin corresponde a la ADRES ordenar el gasto y adelantar el pago previa instrucción del MSPS este adelantara los estudios técnicos previos a la compra y todos los procesos posteriores, así como la supervisión del contrato sin que se generen costos adicionales en la operación de la ADRES.



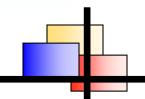
TASA A CARGO DE PERSONAS QUE COMERCIALICEN MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.



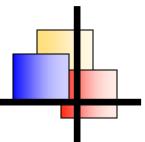
TASAI AIDMINISTRAIDAI POR EL MSPS AI CARGO DE PERSONAIS QUE COMERCIALICEN EN EL PAÍS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS (INC. 10, ART: 72, LEY 1753 DE 2015

Créase una tasa administrada por el MSPS, a cargo de personas naturales y/o jurídicas que comercialicen en el país medicamentos y dispositivos médicos.

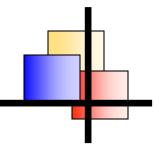
De acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política, el MSPS fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado.



QUE PASA CON LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PBS REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

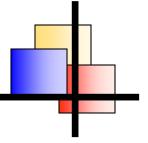


RESOLUCIONES 1479 Y 1667 DE 2015, 2438 y 5871 DE 2018 DOS POSIBILIDADES.



LEYES 100 DE 1993, 1122 DE 2007, 1450 DE 2011 Y 1753 DE 2015.

DECRETO LEY 1281 DE 2002 Y DECRETO 780 DE 2016RESOLUCIÓN 2867 DE 2016.

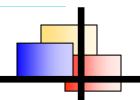


ATIENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBALCIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (INC. 1°, ART. 20, LEY 1122 DE 2007).

Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado (e IPSI conforme a lo establecido por el artículo 2.3.1.5. del Decreto 780 de 2016) debidamente habilitadas, la atención de lo no cubierto por subsidios a la demanda.

Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Artículo 20 declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1042 de 2007, en el entendido que si transcurrido el plazo establecido en el artículo 6º del Código Contencioso Administrativo para responder peticiones se entenderá que se ha concedido la autorización.

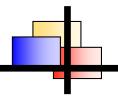




Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (Art. 20°, Ley 1122 de 2007, art. 2.3.1.5. Decreto 780 de 2016)

Entidades Las territoriales contratarán con Empresas Sociales del **IPSI** Estado e debidamente habilitadas, de prestación servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

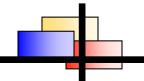




Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (Art. 20°, Ley 1122 de 2007, art. 2.3.1.5. Decreto 780 de 2016)

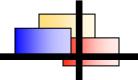
Cuando la oferta de servicios de ESE o IPSI no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Artículo declarado exequible por Sentencia 1042 de 2007 de la Corte Constitucional.

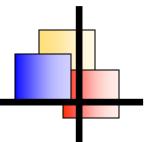


Exequibilidad del artículo 20º de la Ley 1122 de 2007) por Sentencia 1042 de 2007.

La Corte, decide declarar exequible el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, por los cargos analizados, en el entendido que si transcurrido el plazo establecido en el (artículo 6º del Código Contencioso Administrativo Decreyo 01 de 1984, hoy artículo 14 Ley 1755 de 2015) para responder peticiones se entenderá que se ha concedido la autorización.



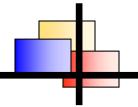
DE LA AUTORIZACIÓN PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS CON PSS PRIVADOS QUE PERMITAN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016.



REQUISITOS PARA EL OTORGAMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PERMITAN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (ART. 7°, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

Cuando las entidades territoriales de orden departamental o distrital pretendan contratar los servicios para la atención de las actividades no cubiertas por subsidios a la demanda, aplicando la excepción contemplada en el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, deberán, previamente, solicitar autorización al MSYPS, mediante escrito que contendrá y especificará:

- a) El tipo de servicio a contratar con instituciones prestadoras de servicios de salud debidamente habilitadas, diferentes a las Empresas Sociales del Estado.
- b) Manifestación en cuanto a que en el área de influencia, la oferta de servicios no existe o es insuficiente.

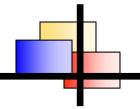


PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD (ART. 8º, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

La solicitud de la autorización de que trata el artículo 7º de la Resolución 2867 de 2016, será presentada por la entidad territorial de orden departamental o distrital a Subdirección de Prestación de Servicios de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MSYPS, a efecto de que dicha Subdirección emita el pronunciamiento autorizando o negando la contratación de los servicios a que refiere el capítulo 3 de la Resolución 2867 de 2016. Esta dependencia podrá, en cualquier momento, requerir información adicional. Su pronunciamiento se emitirá dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud o de la complementación de la documentación, según sea el caso.

DELEGACIÓN EN DIRECCIONES DEPARTAMENTALES DE SALUD (ART. 9º, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

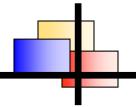
Conforme con lo preceptuado por el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, delégase en las direcciones departamentales de salud la emisión de la autorización que deberán obtener previamente las entidades territoriales municipales certificadas, cuando pretendan contratar la atención de las actividades no cubiertas por subsidios a demanda con instituciones prestadoras servicios de salud diferentes a Empresas Sociales del Estado.



REQUISITOS A OBSERVAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES MUNICIPALES CERTIFICADAS (ART. 10°, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

Cuando un municipio certificado requiera dar aplicación a la excepción establecida en el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, deberá previamente solicitar autorización a la respectiva Dirección Departamental de Salud, mediante escrito que contendrá y especificará:

- a) El tipo de servicio a contratar con instituciones prestadoras de servicios de salud debidamente habilitadas, diferentes a las Empresas Sociales del Estado.
- b) Manifestación en cuanto a que en el área de influencia, la oferta de servicios no existe o es insuficiente.



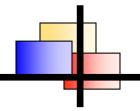
TRÁMITE DE LA SOLICITUD PRESENTADA POR LAS ENTIDADES TERRITORIALES MUNICIPALES CERTIFICADAS (ART. 11°, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

Recibida la solicitud, la Dirección Departamental de Salud procederá a revisarla y a decidir si otorga o no la autorización.

En caso de negarla, el pronunciamiento deberá estar debidamente sustentado.

Para tales efectos, dicha Dirección, podrá requerir información adicional.

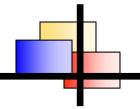
Su pronunciamiento lo emitirá dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud o de la complementación de la documentación, según sea el caso.



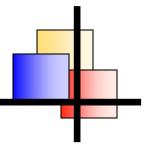
TIEMPO DE VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN (ART. 12º, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

La autorización de que trata el Capítulo 3 de la Resolución 2867 de 2016, tendrá vigencia de un (1) año, contado a partir de la fecha de expedición de la misma por parte del Ministerio de Salud y Protección Social o de la Dirección Departamental de Salud, cuando corresponda a municipios certificados.

La contratación para la prestación de los servicios de salud respecto de la cual se haya expedido la autorización, deberá suscribirse a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes al otorgamiento de la autorización.



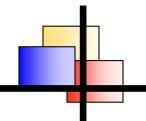
LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA.



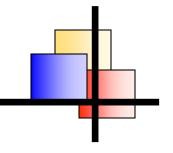
Contratación de Prestación de Servicios de salud.

Por contratación Directa (Literal c, numeral 4, artículo 2 Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011; artículo 2.2.1.2.1.4.4. Decreto 1082 de 2015), cuando se trate de Contratos Interadministrativos, esto es contratación con PSS de carácter público, siempre que haya relación directa con el objeto de la entidad ejecutora.

Por Selección Abreviada de menor cuantía (Literal c, numeral 2, artículo 2 Ley 1150 de 2007; art. 2.2.1.2.1.2.0. y 2.2.1.2.1.2.1. Decreto 1082 de 2015) cuando se trate de contratación de PSS de carácter privado



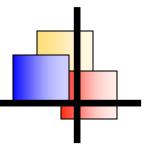
SUBSIDIO A LA OFERTA.



FINANCIACION DEL SUBSIDIO A LA OFERTA (INC. 4, 2 Y EL LIT. B, DEL INCISO 3 DEL ART. 2°, LEY 1797 DE 2016)

Entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios efectuada por instituciones públicas ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios. En estos casos se podrán realizar transferencias directas por parte de la Entidad Territorial a la Empresa Social del Estado o de manera excepcional financiar gastos para que opere la infraestructura de prestación de servicios pública. Para la distribución del subsidio a la oferta se tendrá en cuenta la dispersión geográfica, accesibilidad y la existencia en el territorio de monopolio público en la oferta de servicios trazadores y se privilegiará en la asignación de la red de segundo y tercer nivel.

TRANSFERENCIA DE RECURSOS A LOS
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR LA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA
POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON
SUBSIDIOS A LA DEMANDA.



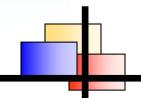
DE LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS (ART: 26°, PARAL I'; LEY 1122 DE 2007)

Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las ESE PSS no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, <u>las entidades territoriales podrán transferir a estas recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.</u>

Reglamento que aún no se ha establecido, por lo que a la fecha no pueden existir transferencias directas a las ESE IPS PSS.

TIRAMSFERENCIA DE RECURSOS (INC. 20., ART. 1557 LEY 1450) DE 2014, QUE CONTUNÚA VIGENTE SEGÚN ARTÍCULO 2677 DE LA LEY 1753 DE 2015)

La transferencia de recursos no constituye modalidad de pago. Solo podrán transferirse recursos cuando procuren garantizar servicios básicos por entidades públicas donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las entidades prestadoras no sostenibles financieramente sean en condiciones de eficiencia, conforme las condiciones y requisitos que establezca reglamento.

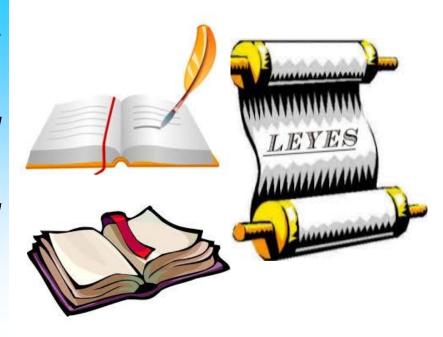


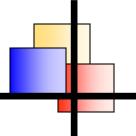
SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PBS REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

CONFORME A LOS INCISOS 1 Y 2 DEL ARTÍCULO 2º DE LA LEY 1797 DE 2016, Y A LOS ARTÍCULOS 2.4.5. Y 2.4.9. DEL DECRETO 780 DE 2016.

Los servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, hacen parte del subcomponente de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del componente de la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda (Incisos 1 y 2 del artículo 2º de la Ley 1797 de 2016, artículos 2.4.5. y 2.4.9. del Decreto 780 de 2016).

No olvidar que los servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, parte hacían subcomponente de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y del componente de la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda.



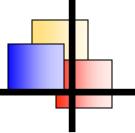


FINANCIACIÓN DE LAS ENFERMEDADES HUÉRFAINAS EN EL REGIMEN SUBSIDIADO (AIRT: 5, LEY 1392 DE 2010).

Las personas con enfermedades huérfanas que requieran con diagnósticos, tratamientos, medicamentos, necesidad procedimientos y cualquier otra prestación en salud no incluida en los planes obligatorios de salud, que no tengan capacidad de pago serán financiados en el Régimen Subsidiado con cargo a los recursos señalados en la Ley 715 de 2001 y las demás normas que financien la atención de la población pobre no asegurada y de los afiliados al Régimen Subsidiado en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Si las fuentes anteriores no son suficientes, se podrá disponer de manera excepcional de los recursos excedentes de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito-ECAT, del Fosyga hoy ADRES.

AUTORIDAD COMPETENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PBS REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

ENTIDAD TERRITORIAL COMPETENTE - ETC.

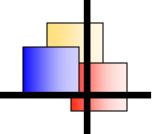


COMPETENCIA DE LOS DEPARTAMIENTOS EN LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PES REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMIEN SUBSIDIADO (NUMERAL 2,2., ART. 43 DE LA LEY 745 DE 2004).

Corresponde a los departamentos, financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda que involucra servicios de salud no incluidos en el requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado.

Competencia de los Distritos en la atención de los servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado. (Inc. 1º, art. 45, Ley 715 de 2001)

Los distritos tendrán las mismas competencias que los departamentos.



Servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado (Parágrafo 1º del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, numeral 2.2. del artículo 43 e inciso 1º del artículo 45 de la Ley 715 de 2001).

Alta Complejidad
Alto Costo

Alta Complejidad Bajo Costo

Mediana Complejidad

Baja Complejidad

Cubierto por la EPSS con la UPCS (Subsidio a la Demanda)

Cubierto por los Departamentos y
Distritos con las transferencias
que reciben para la prestación de
servicios de salud a la población pobre
en lo no cubierto con subsidios a la
demanda

CÓMO SE GARANTIZA LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PBS REQUERIDOS POR LAPOBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

LEYES 100 DE 1993, 1122 DE 2007, 1450 DE 2011 Y 1753 DE 2015.

DECRETO LEY 1281 DE 2002 Y DECRETO 780 DE 2016.

LAI COMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD (PARÁ. 1º, ART. 162, LEY 100 DE 1993).

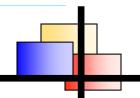
En el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los de los hospitales privados con los cuales el Estado (Departamento Distrito) tenga contrato de prestación de servicios.

ATTENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PBS REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO (INC. 13, ART. 20, LEY 1122 DE 2007).

Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado (e IPSI conforme a lo definido por el artículo 2.3.1.5. del Decreto 780 de 2016) debidamente habilitadas, la atención de lo no cubierto por subsidios a la demanda, que involucra los servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado.

Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Artículo 20 declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1042 de 2007, en el entendido que si transcurrido el plazo establecido en el artículo 6º del Código Contencioso Administrativo para responder peticiones se entenderá que se ha concedido la autorización.



PAGO A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PBS REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

PAGO A LOS PSS POR LA ATTENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PBS REQUERIDOS POR LA POBILACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO (ART: 16°, DECRETO LEY 1284 DE 2002)

Las entidades territoriales garantizarán el flujo mensual de caja de los recursos destinados a financiar la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que involucra los servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado. Las reglas para el pago a los PSS con las que exista convenio y/o contrato serán las establecidas por el Decreto 46 de 2000, el Decreto 3260 de 2004 y los artículos 2.5.4.3.1. al 2.5.3.4.18. del Decreto 780 de 2016 para los pagos a los Prestadores de Servicios de Salud, es decir se pueden aplicar los distintos mecanismos de pago definidos, salvo el contrato por capitación el cual se refiere a trasladar parte de la UPC y en este evento no hablamos de UPC, sino de un presupuesto, y a que estos contratos son típicos para prestar servicios en aseguramiento en salud a población asegurada y aquí estamos hablando de administración en salud y población no asegurada.

No olvidar que <u>las entidades territoriales son una clase de entidades contratantes de la prestación de servicios de salud y por ende una clase de Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud ERP tal y como lo establece el numeral 2 del inciso 1º del artículo 2.5.3.4.3. del Decreto 780 de 2016, y como tal deberán ajustarse a lo establecido por el reglamento en materia de contratación de servicios de salud.</u>

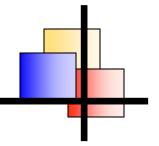
PAGOA LOS PSS POR LA ATIENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN ELL PES REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMIEN SUBSIDIADO (INC. 10., ART. 1557 LEY 1450 DE 2011, QUE CONTINÚA VIGENTE SEGÚN ARTÍCULO 2657 DE LA LEY 1753 DE 2015)

El pago que las entidades territoriales competentes realicen a los Prestadores de Servicios de Salud públicos o privados, por la prestación del servicio de salud a aquellos afiliados en lo no cubierto con subsidios a la demanda, esto es, la prestación de los servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, deberá soportarse en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente en los términos convenidos en prestados, respectivos contratos.

PAGO A LOS PSS POR LA ATIENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PES REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO (NL. 5°; ART. 2.5.4.3.2., DECRETO 780 DE 2016)

La ejecución de los recursos destinados a prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a demanda, que involucra los servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado deberá soportarse en la compra de servicios de salud, mediante modalidades de pago, que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados, en los términos convenidos en los respectivos contratos.

SENTENCIAS C-463 Y T-760 DE 2008, CIRCULAR EXTERNA 051 DE 2008 DE LA SNS

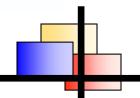


LA COMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS NO POS Y DE LOS MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL MIMIT CON CARGO A LOS ENTES TERRITORIALES.
(SENTENCIA C-463 DE 2008 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL)

El afiliado al Régimen Subsidiado que requiera de medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado, las EPSS, deberán llevarlo a consideración del Comité Técnico Científico para su aprobación y autorización.

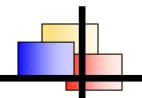
LA COMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS NO POS Y DE LOS MIEDICAMIENTOS NO INCLUIDOS EN EL MIMIT CON CARGO A LOS ENTES TERRITORIALES. (SENTENCIA C-463 DE 2008 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL)

No sólo el Ente Territorial competente para el caso del régimen subsidiado, sino también las EPSS deben responder económicamente por los servicios de salud que no se encuentren incluidos en el POS cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, en cuyo caso, dichos requerimientos adquieren el estatus de fundamentales para el paciente, el Estado se encuentra obligado jurídicamente a destinar las partidas presupuestales necesarias dentro del gasto público para el cubrimiento de las necesidades básicas en salud de la población colombiana, lo cual también incluye las prestaciones en salud no POS ordenadas por el médico tratante que sean necesarias para restablecer la salud de las personas, las cuales deben ser cubiertas por las entidades territoriales en el régimen subsidiado, y ello precisamente con la finalidad de lograr el equilibrio del sistema en salud.



LA COMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS NO POS Y DE LOS MIEDICAMIENTOS NO INCLUIDOS EN EL MIMIT CON CARGO A LOS ENTES TERRITORIALES.
(SENTENCIA T-740) DE 2008 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL)

Cuando el usuario pertenece al régimen subsidiado, la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con los subsidios a la demanda.



RESPONSABILIDAD DE LOS ENTIES TERRITORIALES EN LO NO CUBIERTO POR SUBSIDIOS A LA DEMANDA (CIRCULAR EXTERNA 51 DE 2008 DE LA SNS).

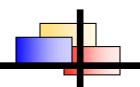
3. Dar a conocer la dependencia o unidad y el procedimiento a seguir por las Entidades Promotoras de Salud del Regimen Subsidiado para presentar los recobros correspondientes por la prestación de los servicios y medicamentos no incluidos en el POSS, teniendo en cuenta que en tal sentido se debe dar plena observancia a los criterios establecidos por Constitucional y que en ningún caso se deben trasladar cargas injustificadas no soportables a dichas entidades.

Circular Externa 51 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud y la responsabilidad de las EPSS.

En cumplimiento de las obligaciones que como aseguradoras le han sido asignadas a las EPSS, los representantes legales de estas entidades deberán entre otras obligaciones:

12. Garantizar la continuidad de la prestación de servicios a sus afiliados, sin que el mismo sea interrumpido abrupta o inapropiadamente hasta la recuperación o estabilización del paciente o hasta que el mismo sea asumido por otra entidad.

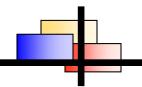
En tal sentido, las EPSS deben llevar a cabo las gestiones necesarias ante la entidad territorial, para que se asuma el costo de los servicios y medicamentos requeridos que no hagan parte del plan de beneficios del régimen subsidiado. (recobro)



Circular Externa 51 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud y la responsabilidad de las EPSS.

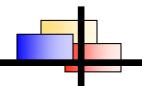
15. Adoptar los mecanismos necesarios para que se preste a los afiliados los servicios de salud, procedimientos, intervenciones y suministro de medicamentos que sean requeridos así no se encuentren en el POS, en los términos definidos por la Corte Constitucional.

16. Divulgar tanto al personal administrativo como a los profesionales de la salud las determinaciones adoptadas por la Corte Constitucional frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el propósito de evitar las demoras o rechazos en la prestación de los servicios de salud a sus afiliados.

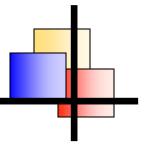


Circular Externa 51 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud y la responsabilidad de las EPSS.

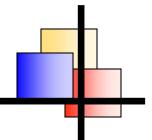
17. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPSS deberán efectuar oportunamente los pagos por la prestación de los procedimientos, servicios, intervenciones y el suministro medicamentos no POS, a los Prestadores de Servicios de Salud en los cuales sean atendidos afiliados.



RESOLUCIONES 1479 Y 1667 DE 2015, RESOLUCIONES 2438 y 5871 DE 2018 CON MIPRES A PARTIR DEL 1º DE ABRIL DE 2019 DOS POSIBILIDADES.



LA PRIMERA POSIBILIDAD ACORDE A LAS LEYES 100 DE 1993, 1122 DE 2007, 1450 DE 2011 Y 1753 DE 2015, AL DECRETO LEY 1281 DE 2002 Y AL DECRETO 780 DE 2016.



Servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado (Resolución 1479 y 1667 de 2015, 2438 y 5871 de 2018).

Alta Complejidad
Alto Costo

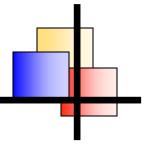
Alta Complejidad Bajo Costo

Mediana Complejidad

Baja Complejidad

Atendido por los PSS de las EPSS y pagado a los PSS con la UPCS (Subsidio a la Demanda)

Atendido por los PSS de los Departamentos o Distritos y pagado a los PSS con las transferencias que reciben los Departamentos o Distritos para la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda LA SEGUNDA POSIBILIDAD ES NUEVA Y NO TIENE NI ASIDERO LEGAL NI JURISPRUDENCIAL Y ES CONTRARIA A LAS DISPOSICIONES DEL PAGO DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PBS REQUERIDOS POR LA POBALCIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO, A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.



Servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado (Resolución 1479 y 1667 de 2015, 2438 y 5871 de 2018).

Alta Complejidad Alto Costo

Alta Complejidad Bajo Costo

Mediana Complejidad

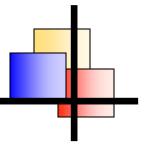
Baja Complejidad

Atendido por los PSS de las EPSS y pagado a los PSS con la UPCS (Subsidio a la Demanda)

Atendido por los PSS de las EPSS con cobro directo de los PSS a las transferencias que recibe el Departamento o Distrito para la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda

LAS RESOLUCIONES 1479 Y 1667 DE 2015 Y 2438 y 5871 DE 2018

ELIMINAN LA POSIBILIDAD ESTABLECIDA EN LAS SENTENCIAS C-463 Y T-760 DE 2008 Y EN LA CIRCULAR EXTERNA 051 DE 20108 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.



Servicios de salud no incluidos en el PBS requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado(Resolución 1479 y 1667 de 2015, 2438 y 5871 de 2018).

Alta Complejidad
Alto Costo

Alta Complejidad Bajo Costo

Mediana Complejidad

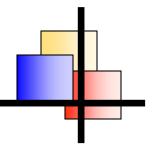
Baja Complejidad

Atendido por los PSS de las EPSS y pagado a los PSS con la UPCS (Subsidio a la Demanda)

Atendido por los PSS de las EPSS, con pago por parte de las EPSS y recobro de las EPSS por este valor a las transferencias que recibe el Departamento o Distrito para la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la

demanda

PAGO A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA.



PAGO A LOS PSS POR LA ATIENCION DE LA POBILACION POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (ART. 163, DECRETO LEY 1284 DE 2002)

Las entidades territoriales garantizarán el flujo mensual de caja de los recursos destinados a financiar la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Las reglas para el pago a los PSS con las que exista convenio y/o contrato serán las establecidas por el Decreto 46 de 2000, el Decreto 3260 de 2004 y los artículos 2.5.4.3.1. al 2.5.3.4.18. del Decreto 780 de 2016 para los pagos a los Prestadores de Servicios de Salud, es decir se pueden aplicar los distintos mecanismos de pago definidos, salvo el contrato por capitación el cual se refiere a trasladar parte de la UPC y en este evento no hablamos de UPC, sino de un presupuesto, y a que estos contratos son típicos para prestar servicios en aseguramiento en salud a población asegurada y aquí estamos hablando de administración en salud y población no asegurada.

No olvidar que las entidades territoriales son una clase de entidades contratantes de la prestación de servicios de salud y por ende una clase de Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud ERP tal y como lo establece el numeral 2 del inciso 1º del artículo 2.5.3.4.3. del Decreto 780 de 2016, y como tal deberán ajustarse a lo establecido por el reglamento en materia de contratación de servicios de salud.

PAGO A LOS PSS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUDA LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (INC. 10, ART. 157 LEY 1450 DE 2014, QUE CONTINÚA VIGENTE SEGÚN ARTÍCULO 267 DE LA LEY 1753 DE 2015)

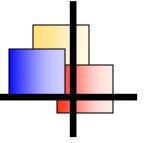
las entidades territoriales ΕI que pago competentes realicen a los Prestadores Servicios de Salud públicos o privados, por la prestación del servicio de salud a la población pobre no afiliada y a aquellos afiliados en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deberá soportarse en la compra de servicios de salud modalidades de mediante pago que sean consistentes con la cantidad y valor de los efectivamente prestados, servicios los términos convenidos en los respectivos contratos.

PAGO A LOS PSS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUDA LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (N.L. 53, ART: 2.5.4.3.2., DECRETO 780 DE 2016)

La ejecución de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deberá soportarse en la compra de servicios de salud, mediante modalidades de pago, que sean consistentes con la cantidad y los servicios efectivamente prestados, en los términos convenidos en los respectivos contratos.

LOS SERVIVIOS NO CUBIERTOS POR EL PBS REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2020.

ARTÍCULO 231 DE LA LEY 1955 DE 2019



Lo no PBS del régimen subsidiado a cargo de la ADRES

ARTÍCULO 231. COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LA NACIÓN. <Entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2020> Adiciónese el numeral 42.24 al artículo 42 de la Ley 715 de 2001, así:

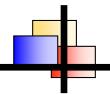
42.24. Financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Lo no PBS del régimen subsidiado a cargo de la ADRES

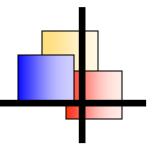
ARTÍCULO 232. COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. <Entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2020> Adiciónense los siguientes numerales al artículo 43 de la Ley 715 de 2001, así:

(...)

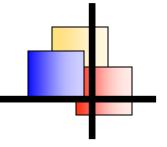
43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.



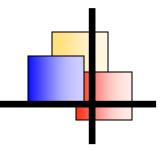
FLUJO DE RECURSOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN LOS SERVICIOS NO PBS.

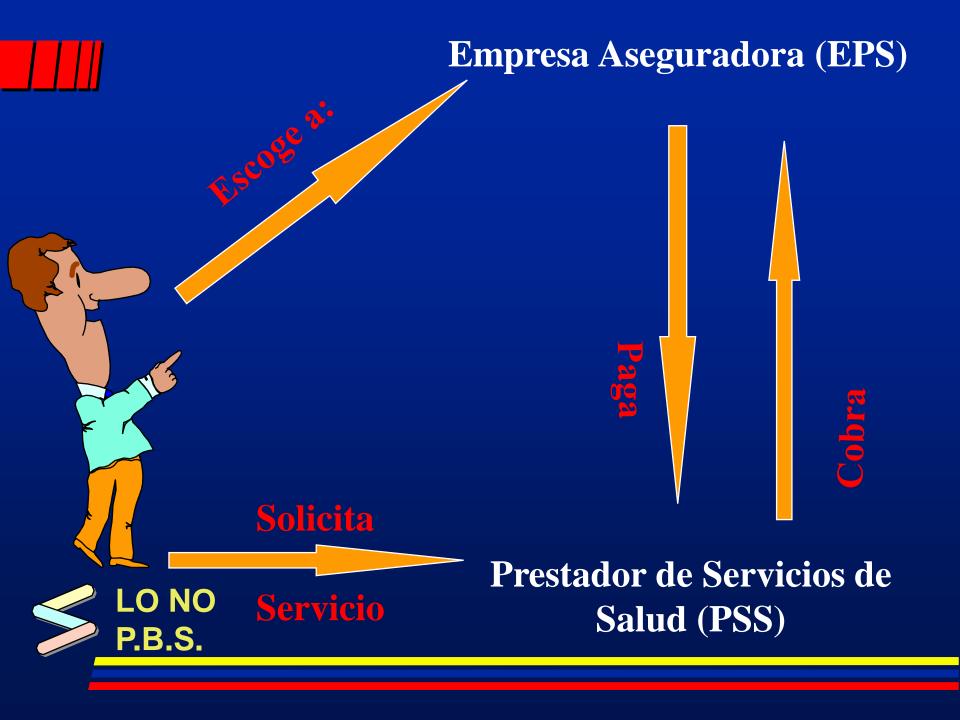


CÓMO ERA EL FLUJO DE RECURSOS?



EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS.







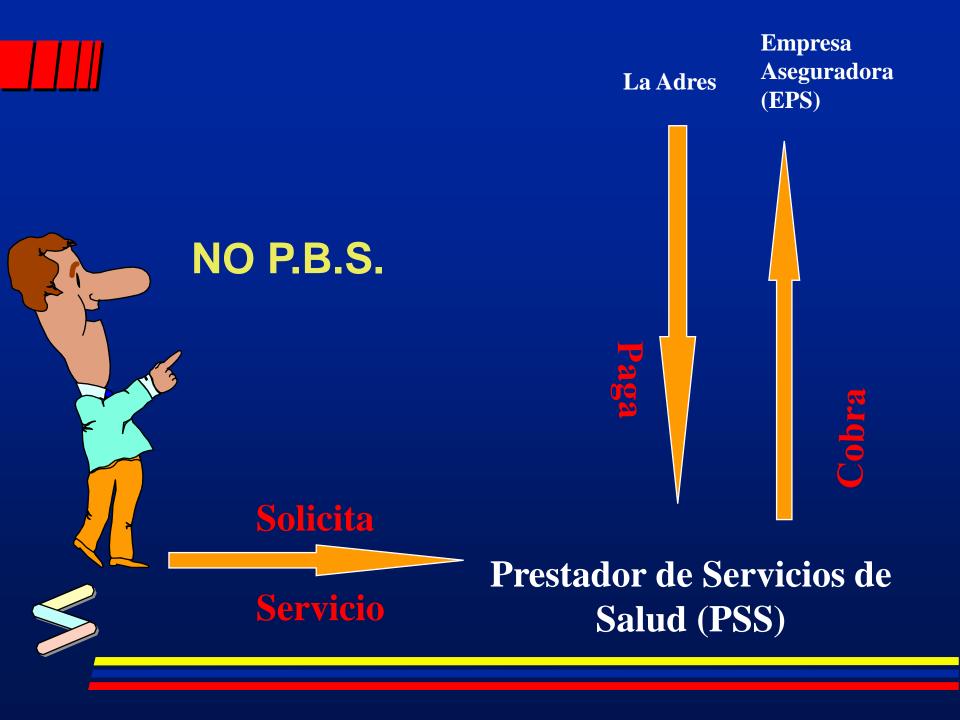


Empresa Aseguradora (EPS)

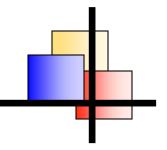


LO NO P.B.S.

Prestador de Servicios de Salud (PSS)



EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SGSSS.





Dirección Departamental o Distrital de Salud





Prestador de Servicios de Salud (PSS) de la Dirección Departamental o Distrital de Salud



Dirección Departamental o Distrital de Salud



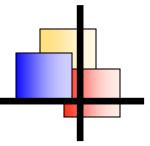


Prestador de Servicios de Salud (PSS) de la Empresa Aseguradora (EPSS)

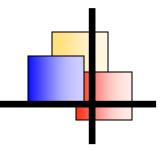
FLUJO DE RECURSOS A LAS RIPSS

LITERAL D DEL INCISO 4 DEL ARTÍCULO 66 DE LA LEY 1753 DE 2015, Y NUMERALES 3 Y 4 DEL ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 1429 DE 2016.

ARTÍCULOS 239 DE LA LEY 1955 DE 2019



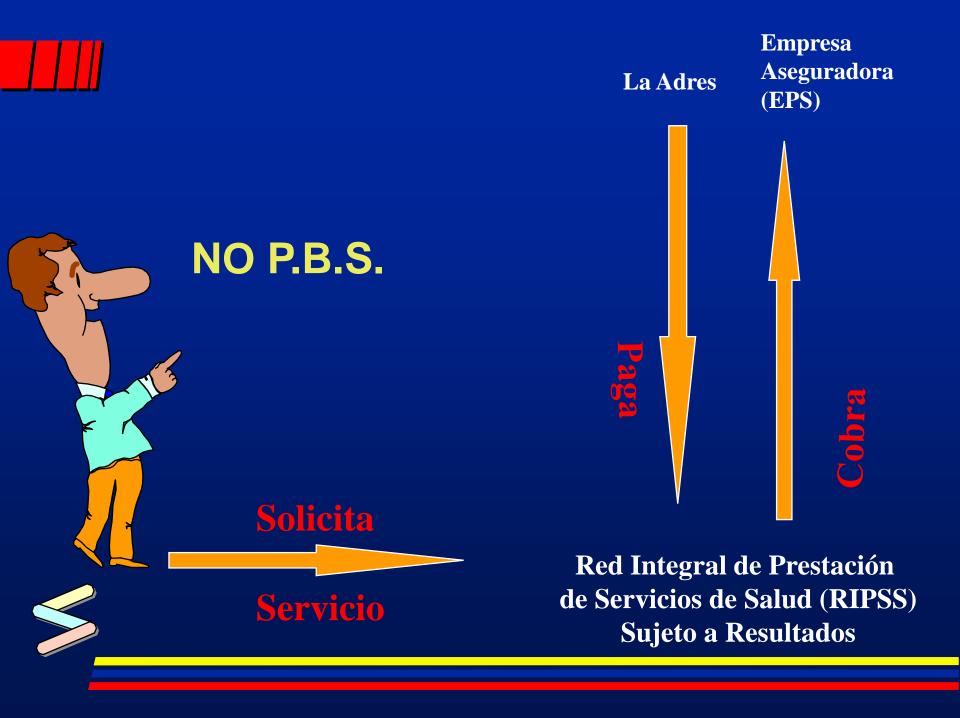
EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS.



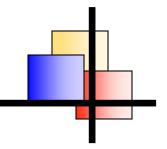
Solicita Servicio

LAADRES

Red Integral de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) Sujeto a Resultados



EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SGSSS.



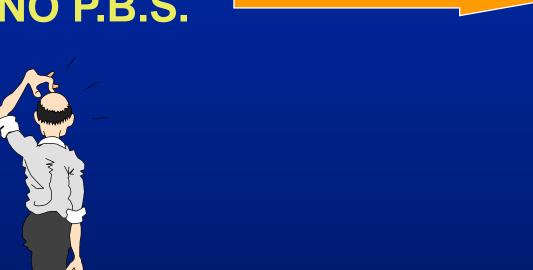
¿Y los Pobres?



(EPSS)

¿Y los Pobres?

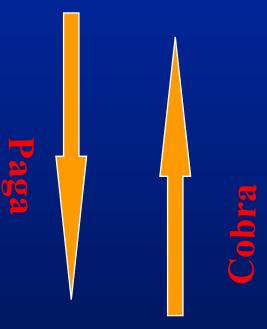
NO P.B.S.



Solicita

Servicio

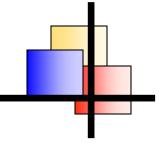




Red Integral de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) Sujeto a Resultados de la Empresa Aseguradora (EPSS)

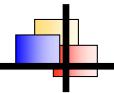


TECHO O PRESUPUESTO MÁXIMO



Eficiencia del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC. (Art. 240 de la Ley 1955 de 2019)

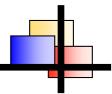
Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada contemplado en el artículo 71 de la Ley 1753 de *2015.*



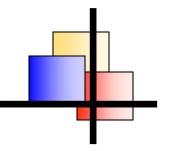
Eficiencia del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC. (Art. 240 de la Ley 1955 de 2019)

En todo caso, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y remitirán la información que este requiera. La ADRES ajustará sus procesos administrativos, operativos, de verificación, control y auditoría para efectos de implementar lo previsto en este artículo.

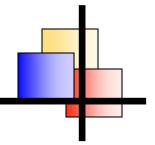
Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC.



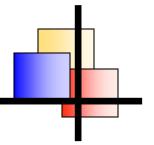
POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA PPNA



PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA.



LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA ANTES DE LA REFORMA.

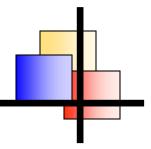


Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (Art. 20 de la Ley 1122 de 2007; numeral 2 del inc. 2º del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011; art. 2º de la Ley 1797 de 2016; inc. 1º y 4º del art. 2.1.9.3. del Decreto 780 de 2016, y el numeral 5º del artículo 2.1.9.6. del Decreto 780 de 2016).

- La atención de la Población Pobre No Asegurada PPNA.
- ♣ Lo no cubierto por subsidios a la demanda, esto es, la atención de lo no cubierto por el PBS en el Régimen Subsidiado en Salud.
- ♣ La atención de los trabajadores Independientes que se les suspende la afiliación al Régimen Contributivo por el no pago de 2 o 4 meses consecutivos de cotización.



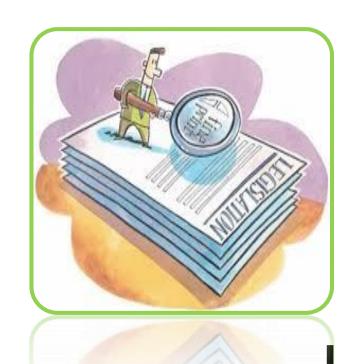
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA CON LA REFORMA.



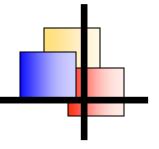
Prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada (Art. 20 de la Ley 1122 de 2007; numeral 2 del inc. 2º del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011; art. 2º de la Ley 1797 de 2016; inc. 1º y 4º del art. 2.1.9.3. y el numeral 5º del artículo 2.1.9.6. del Decreto 780 de 2016).

A partir de la reforma, la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada se les conoce como:

- La atención de la Población Pobre No Asegurada PPNA.



LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA PPNA.



La población pobre no asegurada. (Art. 20 de la Ley 1122 de 2007; numeral 2 del inc. 2º del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011; art. 2º de la Ley 1797 de 2016)

Es la persona que se entiende como no elegible para el subsidio de la salud, esto es, no cumple los requisitos para ser afiliado al Régimen Subsidiado en Salud contemplados en el artículo 2.1.5.1. del ecreto 780 de 2016.

Su atención se pagará con recursos de la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda al prestador de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud hasta el 31 de diciembre de 2019.

Pago de servicios y tecnologías de usuarios no afiliados. <Entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2020> . (Art. 236 de la Ley 1955 de 2919)

Con el propósito de lograr la cobertura universal del aseguramiento, cuando una persona requiera la prestación de servicios de salud y no esté afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la entidad territorial competente, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas o privadas afiliarán a estas personas al régimen de salud que corresponda, teniendo en cuenta su capacidad de pago; lo anterior de conformidad con los lineamientos que para el efecto se expidan.

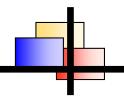
Los gastos en salud que se deriven de la atención a población pobre que no haya surtido el proceso de afiliación aquí definido, serán asumidos por las entidades territoriales.



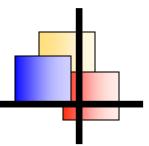
Universalización del aseguramiento. (Inc. 1º, art. 32, Ley 1438 de 2011)

No olvidar que todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema de Seguridad Social en Salud Público en Colombia.





LA ATENCIÓN DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES QUE SE LES SUSPENDE LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO POR EL NO PAGO CONSECUTIVO DE 2 O 4 MESES DE COTIZACIÓN.

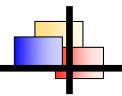




Prestación de servicios de salud al trabajador independiente afiliado al Régimen Contributivo que se le suspenda la afiliación por el no pago de 2 meses consecutivos de cotización (Inc. 1º del art. 2.1.9.3. del Decreto 780 de 2016).

El no pago por dos (2) períodos consecutivos de las cotizaciones del independiente dará lugar a la suspensión de la afiliación y de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan de beneficios a cargo de la EPS en la cual se encuentre inscrito, siempre y cuando esta no se hubiere allanado a la mora.

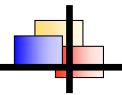
Durante el período de suspensión de la afiliación, los servicios que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar les serán prestados a través de la red pública.





Prestación de servicios de salud al trabajador independiente afiliado al Régimen Contributivo que se le suspenda la afiliación por el no pago de 4 meses consecutivos de cotización (Inc. 4º del art. 2.1.9.3. del Decreto 780 de 2016).

<u>Cuando el trabajador independiente o uno de los</u> integrantes de su núcleo familiar se encuentre en tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, la EPS en la cual se encuentre inscrito deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar hasta por cuatro (4) períodos consecutivos de mora, vencido dicho término se le garantizará la continuidad de la prestación de los servicios de salud a través de los prestadores de la red pública sin afectar su seguridad e integridad.

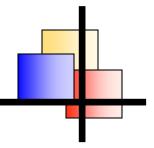


Prestación de servicios de salud al trabajador independiente afiliado al Régimen Contributivo que se le suspenda la afiliación por el no pago de 4 meses consecutivos de cotización (Numeral 5º del art. 2.1.9.6. del Decreto 780 de 2016).

<u>Cuando el trabajador independiente incurra en mora en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la EPS deberá proceder a:</u>

Cuando el trabajador independiente no se encuentre clasificado en los niveles I y II del Sisbén y no reúne las condiciones para seguir cotizando le informará que deberá reportar la novedad y agotar los mecanismos para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud, si los hubiere. Cuando este trabajador o los integrantes de su núcleo familiar se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, antes de finalizar el cuarto mes, la EPS deberá coordinar con la entidad territorial correspondiente la continuidad de la prestación de los servicios de salud como población no asegurada a través de los prestadores de la red pública sin afectar la seguridad e integridad del paciente. Lo anterior sin perjuicio de la obligación de las personas de pagar los servicios de salud cuando no sea beneficiaria de los subsidios en salud.

CONTRATACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA.

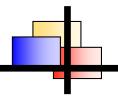




Prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada (Art. 20º, Ley 1122 de 2007, art. 2.3.1.5. Decreto 780 de 2016)

Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado e IPSI debidamente habilitadas, la prestación de los servicios de salud a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

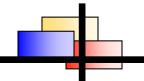




Prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada (Artículo 25 de la Ley 691 de 2001, artículos 20 y 26 de la Ley 1122 de 2007 artículo 2.3.1.5. Decreto 780 de 2016, parágrafo del artículo 7° y parágrafo del artículo 10° de la Resolución 2867 de 2016 del MSYPS)

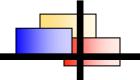
Cuando la oferta de servicios de ESE o IPSI no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Artículo declarado exequible por Sentencia 1042 de 2007 de la Corte Constitucional.

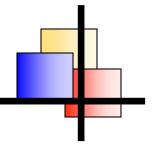


Exequibilidad del artículo 20° de la Ley 1122 de 2007) por Sentencia 1042 de 2007.

La Corte, decide declarar exequible el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, por los cargos analizados, en el entendido que si transcurrido el plazo establecido en el (artículo 6º del Código Contencioso Administrativo Decreyo 01 de 1984, hoy artículo 14 Ley 1755 de 2015) para responder peticiones se entenderá que se ha concedido la autorización.



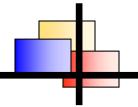
DE LA AUTORIZACIÓN PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS CON PSS PRIVADOS QUE PERMITAN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016.



REQUISITOS PARA EL OTORGAMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PERMITAN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGIRADA (ART. 7º, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

Cuando las entidades territoriales de orden departamental o distrital pretendan contratar los servicios para la atención de la población pobre no asegurada, aplicando la excepción contemplada en el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, deberán, previamente, solicitar autorización al MSYPS, mediante escrito que contendrá y especificará:

- a) El tipo de servicio a contratar con instituciones prestadoras de servicios de salud debidamente habilitadas, diferentes a las Empresas Sociales del Estado.
- b) Manifestación en cuanto a que en el área de influencia, la oferta de servicios no existe o es insuficiente.

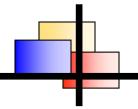


PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD (ART. 8º, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

La solicitud de la autorización de que trata el artículo 7º de la Resolución 2867 de 2016, será presentada por la entidad territorial de orden departamental o distrital a Subdirección de Prestación de Servicios de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MSYPS, a efecto de que dicha Subdirección emita el pronunciamiento autorizando o negando la contratación de los servicios a que refiere el capítulo 3 de la Resolución 2867 de 2016. Esta dependencia podrá, en cualquier momento, requerir información adicional. Su pronunciamiento se emitirá dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud o de la complementación de la documentación, según sea el caso.

DELEGACIÓN EN DIRECCIONES DEPARTAMENTALES DE SALUD (ART. 9º, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

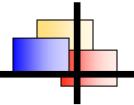
Conforme con lo preceptuado por el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, delégase en las direcciones departamentales de salud la emisión de la autorización que deberán obtener previamente las entidades territoriales municipales certificadas, cuando pretendan contratar la atención de la población pobre no asegurada con instituciones prestadoras de servicios de salud diferentes a Empresas Sociales del Estado.



REQUISITOS A OBSERVAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES MUNICIPALES CERTIFICADAS (ART. 10°, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

Cuando un municipio certificado requiera dar aplicación a la excepción establecida en el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, deberá previamente solicitar autorización a la respectiva Dirección Departamental de Salud, mediante escrito que contendrá y especificará:

- a) El tipo de servicio a contratar con instituciones prestadoras de servicios de salud debidamente habilitadas, diferentes a las Empresas Sociales del Estado.
- b) Manifestación en cuanto a que en el área de influencia, la oferta de servicios no existe o es insuficiente.



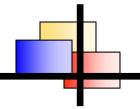
TRÁMITE DE LA SOLICITUD PRESENTADA POR LAS ENTIDADES TERRITORIALES MUNICIPALES CERTIFICADAS (ART. 11°, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

Recibida la solicitud, la Dirección Departamental de Salud procederá a revisarla y a decidir si otorga o no la autorización.

En caso de negarla, el pronunciamiento deberá estar debidamente sustentado.

Para tales efectos, dicha Dirección, podrá requerir información adicional.

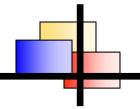
Su pronunciamiento lo emitirá dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud o de la complementación de la documentación, según sea el caso.



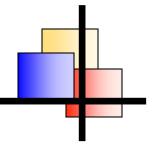
TIEMPO DE VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN (ART. 12º, RESOLUCIÓN 2867 DE 2016)

La autorización de que trata el Capítulo 3 de la Resolución 2867 de 2016, tendrá vigencia de un (1) año, contado a partir de la fecha de expedición de la misma por parte del Ministerio de Salud y Protección Social o de la Dirección Departamental de Salud, cuando corresponda a municipios certificados.

La contratación para la prestación de los servicios de salud respecto de la cual se haya expedido la autorización, deberá suscribirse a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes al otorgamiento de la autorización.



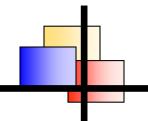
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA.



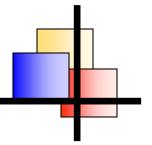
Contratación de Prestación de Servicios de salud.

Por contratación Directa (Literal c, numeral 4, artículo 2 Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011; artículo 2.2.1.2.1.4.4. Decreto 1082 de 2015), cuando se trate de Convenios Interadministrativos, esto es contratación con PSS de carácter público, siempre que haya relación directa con el objeto de la entidad ejecutora.

Por Selección Abreviada de menor cuantía (Literal c, numeral 2, artículo 2 Ley 1150 de 2007; art. 2.2.1.2.1.2.0. y 2.2.1.2.1.2.1. Decreto 1082 de 2015) cuando se trate de contratación de PSS de carácter privado



PAGO A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA.



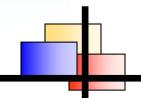
PAGO ALLOS PSS POR LA ATTENCION DE LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA (ART. 168, DECRETO LEY 12.01. 11.452002))

Las entidades territoriales garantizarán el flujo mensual de caja de los recursos destinados a financiar la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada. Las reglas para el pago a los PSS con las que exista convenio y/o contrato serán las establecidas por el Decreto 46 de 2000, el Decreto 3260 de 2004 y los artículos 2.5.4.3.1. al 2.5.3.4.18. del Decreto 780 de 2016 para los pagos a los Prestadores de Servicios de Salud, es decir se pueden aplicar los distintos mecanismos de pago definidos, salvo el contrato por capitación el cual se refiere a trasladar parte de la UPC y en este evento no hablamos de UPC, sino de un presupuesto, y a que estos contratos son típicos para prestar servicios en aseguramiento en salud a población asegurada y aquí estamos hablando de administración en salud y población no asegurada.

No olvidar que <u>las entidades territoriales son una clase de entidades contratantes de la prestación de servicios de salud y por ende una clase de Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud ERP tal y como lo establece el numeral 2 del inciso 1º del artículo 2.5.3.4.3. del Decreto 780 de 2016, y como tal deberán ajustarse a lo establecido por el reglamento en materia de contratación de servicios de salud.</u>

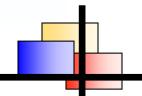
PAGO A LOS PSS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUDA LA POBILACIÓN POBRE NO ASEGURADA (INC. 10, ART. 1577 LEY 1460 DE 2014, QUE CONTINÚA VIGENTE SEGÚN ARTÍCULO 2677 DE LA LEY 1753: DE 2015)

las entidades territoriales ΕI que pago competentes realicen a los Prestadores Servicios de Salud públicos o privados, por la prestación del servicio de salud a la población pobre no afiliada, deberá soportarse en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados, en los términos convenidos en los respectivos contratos.

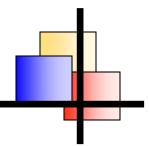


PAGO A LOS PSS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUDA LA POBILACIÓN POBRE NO ASEGURADA (NL. 5°, ART. 2:5.432., DECRETO 780) DE 2016)

La ejecución de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, deberá soportarse en la compra de servicios de salud, mediante modalidades de pago, que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados, en los términos convenidos en los respectivos contratos.

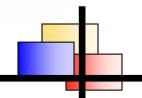


TRANSFERENCIA DE RECURSOS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO, ASEGURADA.



TIRAINSTFERENCIA DE RECURSOS (INC. 20, ART. 157/11EY 1450) DE 2014, QUE CONTUNÚA VIGENTE SEGÚN ARTIGULO 267/DE LA 11EY 1753 DE 2015)

La transferencia de recursos no constituye modalidad de pago. Solo podrán transferirse recursos cuando procuren garantizar servicios básicos por entidades públicas donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las entidades prestadoras no sostenibles financieramente sean en condiciones de eficiencia, conforme las condiciones y requisitos que establezca reglamento.

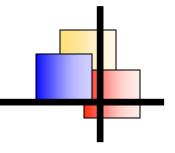


DE LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS (ART: 26°, PARAL I'; LEY 1122 DE 2007)

Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las ESE PSS no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, <u>las entidades territoriales podrán transferir a estas recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.</u>

Reglamento que aún no se ha establecido, por lo que a la fecha no pueden existir transferencias directas a las ESE IPS PSS.

SUBSIDIO A LA OFERTA.



FINANCIACION DEL SUBSIDIO A LA OFERTA (INC. 4, 2 Y EL LIT. B, DEL INCISO 3 DEL ART. 2°, LEY 1797 DE 2016)

Entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios efectuada por instituciones públicas ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios. En estos casos se podrán realizar transferencias directas por parte de la Entidad Territorial a la Empresa Social del Estado o de manera excepcional financiar gastos para que opere la infraestructura de prestación de servicios pública. Para la distribución del subsidio a la oferta se tendrá en cuenta la dispersión geográfica, accesibilidad y la existencia en el territorio de monopolio público en la oferta de servicios trazadores y se privilegiará en la asignación de la red de segundo y tercer nivel.

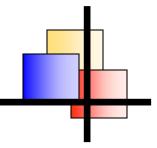
DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA Y SUBSIDIOS A LA OFERTA. «ENTRA EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2020» (ARTÍCULO 235, DE LA LEY 1995 DE 20169)

Modifíquese el artículo 52 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

52.2 El subcomponente de Subsidio a la Oferta se define como una asignación de recursos para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas por instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.

Los recursos para financiar este subcomponente se distribuirán entre los municipios y distritos certificados y los departamentos con instituciones de prestación de servicios de que trata el inciso anterior, de conformidad con los siguientes criterios: población total, porcentaje de pobreza de cada entidad territorial, ruralidad y densidad poblacional.

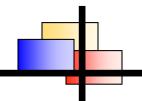
LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SGP.



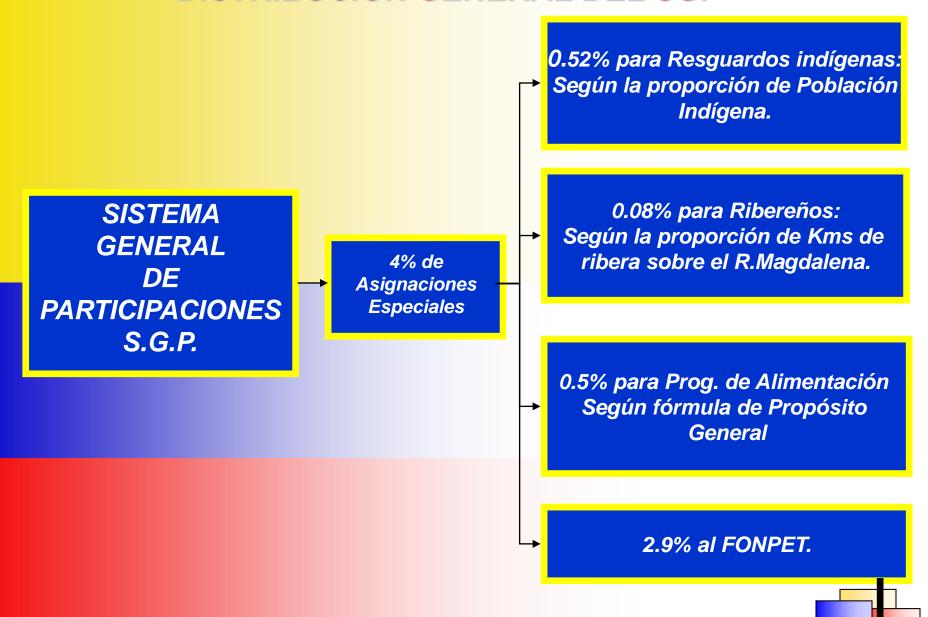
DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES



LEY 715 DE 2001, ARTICULO 4°, Y LEY 1176 DE 2007 ARTICULO 2°.



DISTRIBUCION GENERAL DEL SGP



DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DEL SGP EN EL SECTOR SALUD SEGÚN EL ARTÍCULO 233 DE LA LEY 1955 DE 2019.

SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD

1°. COMPONENTE DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO. SUBSIDIO A LA DEMANDA 2°. COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA Y SUBSIDIOS A LA OFERTA.

> SUBCOMPONENTE DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA.

SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA

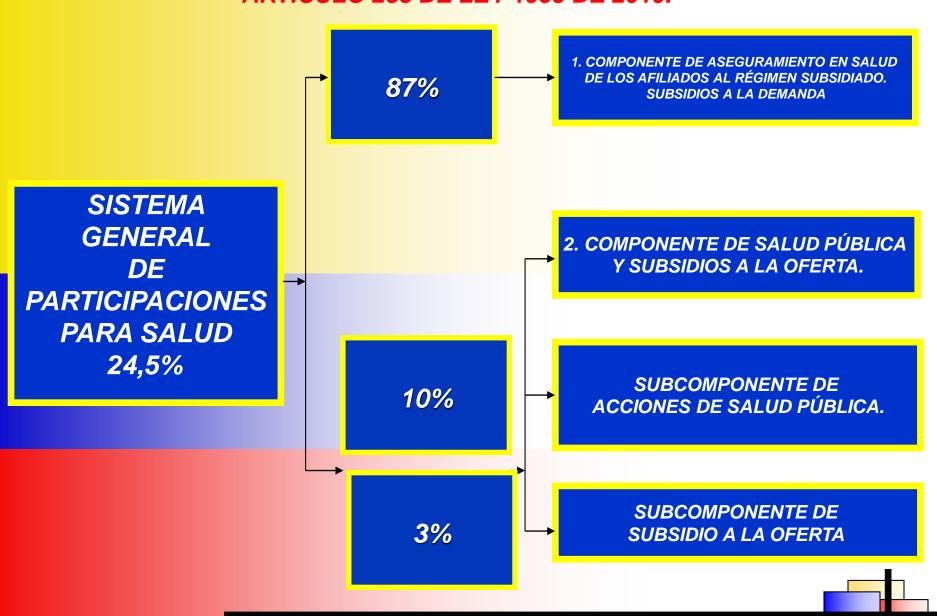
LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD SGP.S. (ART. 233 DE LA LEY 1955 de 2019).

1. El 87 % para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al régimen subsidiado, subsidio a la demanda.

- 2. Componente de salud pública y subsidios a la oferta.
- 2.1. El 10% para el subcomponente de acciones de salud pública.

2.2. El 3% para el subcomponente de subsidio a la oferta

DISTRIBUCION DE RECURSOS DEL SGP PARA SALUD SEGÚN ARTÍCULO 233 DE LEY 1955 DE 2019.



SUBCOMPONENTE DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD SGP.S. (ART. 235 DE LA LEY 1955 de 2019).

El subcomponente de Acciones de Salud Pública, se distribuirá a cada entidad territorial de acuerdo al resultado de la sumatoria de los siguientes criterios: población, porcentaje de pobreza de cada entidad territorial, ruralidad, densidad y eficiencia administrativa. poblacional entenderá como eficiencia administrativa el mayor menor cumplimiento en metas prioritarias de salud pública, medidas por indicadores trazadores.

SUBCOMPONENTE DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD SGP.S. (ART. 235 DE LA LEY 1955 de 2019).

Los departamentos recibirán:

- 1. El 45% de los recursos destinados a este subcomponente para financiar las acciones de salud pública de su competencia, la operación y mantenimiento de los laboratorios de salud pública y
- 2. El 100% de los asignados a las áreas no municipalizadas.

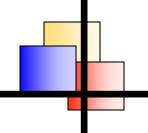
Los municipios y distritos recibirán el 55% de los recursos asignados a este componente, con excepción del Distrito Capital que recibirá el 100%.

SUBCOMPONENTE DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD SGP.S. (ART. 235 DE LA LEY 1955 de 2019).

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá diseñar e implementar los sistemas de monitoreo que den cuenta del uso eficiente de los recursos y los resultados en salud, acorde con las acciones de salud pública priorizadas. Para lo cual los departamentos, distritos y municipios deberán reportar la información que corresponda.

Los departamentos, distritos y municipios podrán establecer convenios de asociación para la ejecución de los recursos, en función de los planes territoriales de salud pública de intervenciones colectivas, en especial los objetivos y metas priorizadas en el respectivo territorio.

GRACIAS.



Celular: 3104760952 o e- mail:

wjvega@gmail.com o wjvegavargas@gmail.com



WILLIAM JAVIER VEGA VARGAS

ABOGADO

Especializado en Derecho Laboral y Relaciones Industriales - Universidad Externado de Colombia.

Master en Dirección y Gestión de los Sistemas de Sistemas de Seguridad Social - OISS - Universidad de Alcalá de España

CONSULTOR Expeto en el Sector Salud

