



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO

()

Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En uso de las facultades contenidas en el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Política y de conformidad con lo establecido en los artículos 154 literal c) de la Ley 100 de 1993, 5 y 6 del Decreto-ley 1295 de 1994, 7 del Decreto-ley 1281 de 2002, 13 literal d), 44 de la Ley 1122 de 2007 y 11, 56 y 57 de la Ley 1438 del 2011 y,

CONSIDERANDO

Que en el marco de la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, es obligación del Estado formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en coordinación con todos los agentes del sistema, así como la integralidad, continuidad y oportunidad en la atención.

Que la Ley 1753 del 2015 en su artículo 65 determina "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 y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación"

Que la Ley 1751 del 2015 determina que el Gobierno Nacional debe implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho y la cual se debe basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

Que es necesario avanzar en la regulación de modalidades de contratación y de pago que consoliden incentivos hacia el establecimiento de condiciones de contratación y pago justas, estables y que cuenten con las garantías que no afecten el desarrollo de las actividades propias de los agentes y el logro de resultados en salud.

Que las modalidades de contratación y de pago pactadas entre las partes, deben incorporar las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), por cuanto éstas son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social.

Que se requiere mejorar el acceso con calidad a los servicios y tecnologías en salud de toda la población, en condiciones de eficiencia, competitividad, calidad, integralidad y sostenibilidad financiera, a través de diversas modalidades de contratación y de pago vinculadas a resultados en salud.

Que en desarrollo de los principios de eficiencia y sostenibilidad definidos en el artículo 6º de la Ley Estatutaria de Salud se deben establecer reglas que mejoren las relaciones de los agentes del sistema en la contratación de los servicios y tecnologías en salud, orientados hacia la calidad y obtención de resultados en salud.

Que se deben reorientar los procesos operativos, técnicos y financieros que den garantía de cumplimiento a lo establecido en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, que consagra la integralidad en la atención y la no fragmentación de la responsabilidad en la prestación de los servicios y tecnologías en salud.

Que a través de la definición de reglas generales para los procesos de negociación y modalidades de contratación y de pago para la prestación de los servicios y tecnologías en salud, se pretende fortalecer la confianza entre las diferentes entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud.

Que se hace necesario modificar las disposiciones contenidas en el anterior Decreto 4747 de 2007, incorporado en el Libro 2, Parte 5, Título 3, Capítulo 4 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, por disposiciones que recojan las tendencias actuales sobre la implementación de modalidades de contratación y de pago, que permitan migrar de las tradicionales formas de contratación basadas en la producción de servicios de salud, hacia modalidades de contratación y de pago basadas en valor, adaptadas al contexto del sistema de salud colombiano, mediante las cuales privilegie la integralidad de la atención en salud centrada en el usuario, la transparencia en la relación de los agentes construida desde el conocimiento mutuo de los riesgos en salud de la población afiliada y la necesaria búsqueda de resultados en salud, en un escenario de libertad contractual y autonomía médica que considera a la vez la necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.

Que el literal d del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 señala los plazos para el pago por la prestación de los servicios y tecnologías en salud para garantizar el flujo y protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), asimismo, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 señala los plazos para el trámite de glosas, por lo que se hace necesario incorporar dichas reglas a las diferentes modalidades de contratación y de pago.

Que la Ley 1966 de 2019 adopta medidas para mejorar la eficiencia de operación y transparencia a través de la unificación de los sistemas de información de gestión financiera y asistencial, introduce decisiones de operación de la prestación de servicios, con el fin de promover la alineación entre agentes del sector que logre resultados encaminados hacia el mejoramiento de la salud, y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud.

Que el artículo 5 del Decreto ley 1295 de 1994, establece que los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del accidente de trabajo o la enfermedad laboral, en los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional y urgencias podrán ser contratados con los prestadores de servicios de salud por las administradoras de riesgos laborales bajo las modalidades de contratación y de pago aplicables al sector salud.

En mérito de lo expuesto,

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

DECRETA:

Artículo 1. Sustitúyase el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

CAPÍTULO 4

CONTRATACIÓN

Sección 1. Disposiciones Generales

Artículo 2.5.3.4.1.1. Objeto y alcance. El presente capítulo tiene por objeto regular algunos aspectos generales de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud de la población a su cargo.

Los operadores logísticos y los gestores farmacéuticos atenderán las disposiciones contenidas en el presente decreto cuando les aplique, según lo determinen en los acuerdos de voluntades que se suscriban con las entidades responsables de pago.

Cuando las entidades que administran regímenes especiales o de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente Capítulo, deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

Artículo 2.5.3.4.1.2. Definiciones. Para efectos del presente capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

- 1. Prestadores de Servicios de Salud (PSS).** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud, las entidades con objeto social diferente y el transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados conforme a la norma.
- 2. Entidades Responsables de Pago (ERP).** Se consideran como tales, las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, las entidades territoriales y las administradoras de riesgos laborales, quienes deben realizar el correcto manejo de los recursos públicos destinados al aseguramiento de la población.
- 3. Operadores logísticos y gestores farmacéuticos.** Se consideran como tales las cadenas de droguerías, cajas de compensación y/o establecimientos de comercio, entre otros, cuando realicen la dispensación ambulatoria en establecimientos farmacéuticos, o el suministro de dispositivos médicos e insumos, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud por encargo contractual de las ERP, PSS y de otros actores del sistema.
- 4. Modelo de atención en salud.** Conjunto de lineamientos, procesos, acciones y herramientas definidos por la entidad responsable de pago que orientan la organización de las acciones requeridas para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas y comunidades, a través de la prestación del servicio de salud que den cumplimiento a las características de la calidad y los principios y elementos, esenciales e interrelacionados establecidos en la Ley Estatutaria de la Salud, centrados en la persona y en los resultados en salud, considerando su momento de curso de vida y entorno donde cotidianamente viven y se relacionan, para la ejecución de las atenciones con finalidad de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

5. **Modelo del prestador de servicios de salud.** Conjunto de lineamientos, estrategias y acciones que definen los prestadores de servicios de salud para la determinación y organización de la oferta de servicios de salud bajo los principios del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y la política de humanización del paciente. Contempla los procesos y procedimientos que garantizan la provisión de los servicios de salud con oportunidad, efectividad, seguridad, eficiencia, equidad y con una atención centrada en la persona que propenda por el goce efectivo del derecho a la salud, buscando la mejora continua en la calidad de los servicios y de la obtención de resultados en salud.
6. **Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)** Herramienta que define a los integrantes del sector salud (entidad territorial, entidad administradora de plan de beneficios, prestador de servicios de salud) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan por parte del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en sus entornos, así como las intervenciones para la promoción de la salud, prevención de enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

Las RIAS integran las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales que realizan los diferentes integrantes del sistema de salud y otros sectores dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales.

7. **Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)** Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicado en un ámbito territorial definido por el marco normativo vigente, conformado, organizado y habilitado en un componente primario y un componente complementario, por parte de las entidades responsables de pago, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información, para garantizar la adecuada gestión de la atención y mejorar los resultados en salud.
8. **Componente primario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)** Conformación y organización de servicios de salud, puerta de entrada del Sistema de Salud, en el marco de la atención primaria en salud (APS), habilitados para la prestación de servicios y tecnologías en salud de carácter individual y colectivo, encaminada a la resolución de los eventos más frecuentes y con los requerimientos tecnológicos necesarios, de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
9. **Componente complementario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)** Conformación y organización de servicios de salud habilitados para la prestación de servicios individuales encaminados a la resolución de eventos que demanden mayor complejidad tecnológica y de talento humano para garantizar la integralidad, continuidad y resolutive del proceso de atención de la población, de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
10. **Referencia y contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas, establecido por la entidad responsable de pago que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando los principios de la calidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) definidas por la entidad responsable de pago.

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o la entrega de información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora o del resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- 11. Acuerdo de voluntades para la prestación de los servicios y tecnologías en salud:** Manifestación voluntaria y bilateral que se suscribe entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable de pago, para la atención en salud a proveer a la población a cargo de la entidad responsable de pago, obligándose esta última a reconocer una suma de dinero por la prestación de servicios y tecnologías en salud en los términos y condiciones de calidad estipulados por las partes y por la normativa legal vigente.
- 12. Servicios y tecnologías en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos y servicios complementarios usados en la atención en salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud, descritos en los catálogos estandarizados definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o los propios del prestador de servicios de salud cuando aplique.
- 13. Modalidad de contratación y de pago:** Forma y compromiso que adquiere la relación contractual entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud para garantizar la atención efectiva en salud de la población objeto, que incorpora unas reglas para la prestación y operación de los servicios y tecnologías en salud contratadas, tarifas, precios, forma de pago, determinación y evaluación de los indicadores pactados y los mecanismos de auditoría, entre otros.
- 14. Nota técnica de los servicios y tecnologías en salud del acuerdo de voluntades:** Herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes contratantes, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías en salud, su frecuencia de uso estimada, sus precios o tarifas, o el valor total por el grupo de población y/o de riesgo, atendiendo el término de duración del contrato y las situaciones de estacionalidad que puedan presentarse.
- 15. Riesgo primario:** Se relaciona con la probabilidad de variaciones en la ocurrencia de condiciones médicas en una población, así como con la aparición de severidad no evitable de las condiciones médicas, que en conjunto afectan el costo médico.
- 16. Riesgo técnico:** Se relaciona con la probabilidad de las variaciones en la utilización de recursos en el proceso de atención no soportadas con evidencia científica, así como con la morbilidad evitable y el consecuente efecto sobre la salud del paciente y el costo médico.
- 17. Medidas de protección frente al riesgo:** Mecanismos contractuales acordados entre las partes, destinados a manejar las variaciones en los costos, que escapan al control de los prestadores de servicios de salud, con el fin de proteger la calidad de la atención para el usuario, tales como:
 - 17.1. Ajuste de riesgo:** Consiste en el pago diferencial en función de la severidad de las condiciones individuales de salud y la utilización de servicios y tecnologías, de conformidad con los criterios definidos por las partes para la identificación de las variaciones relacionadas con la severidad de las condiciones de salud, la utilización de servicios y tecnologías y los montos a ser reconocidos.

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

-
- 17.2. Ajuste por desviación extrema del costo:** Consiste en el reconocimiento de pagos adicionales por encima del monto pactado destinado a cubrir costos muy altos e inusuales en la atención de pacientes específicos, y requiere la determinación del valor a partir del cual se reconocen dichos pagos.
- 17.3. Franja de riesgo:** Consiste en la definición de un rango del valor pactado, expresado en términos porcentuales por encima y por debajo de dicho valor, a partir del cual se produce el reconocimiento de un pago adicional o la participación en los ahorros cuando el valor resultante está por fuera de dicho rango.
- 17.4. Exclusión de riesgos.** Corresponde a la exclusión de determinados riesgos de las obligaciones del prestador de servicios de salud, acordada entre las partes en el contrato.
- 18. Grupo de riesgo:** Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.
- 19. Riesgo compartido:** Característica de algunas modalidades de contratación mediante la cual el pagador asume el riesgo primario y el prestador asume el riesgo técnico, junto con sus criterios de aplicación al interior de la relación contractual para la atención de una condición médica. Involucra medidas de protección del riesgo. Lo anterior no releva a la entidad responsable de pago de su responsabilidad en el aseguramiento en salud de sus afiliados.
- 20. Transferencia de riesgo:** Característica de algunas modalidades de contratación mediante la cual el pagador traslada de manera limitada el riesgo primario al prestador, quien comparte esa responsabilidad bajo diferentes criterios de aplicación al interior de la relación contractual para la atención de una condición médica. Involucra medidas de protección del riesgo. Lo anterior no releva a la entidad responsable de pago de su responsabilidad en el aseguramiento en salud de sus afiliados.
- 21. Unidad de reconocimiento y pago:** Corresponde a la medida utilizada para el reconocimiento y pago de la prestación de los servicios y tecnologías en salud por parte de una entidad responsable de pago a un prestador o proveedor de servicios de salud acorde a la modalidad de contratación.

Sección 2. Del acuerdo de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud.

Artículo 2.5.3.4.2.1. De la garantía de la atención integral. Las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud garantizarán el derecho fundamental a la salud, a través de la gestión integral del riesgo y de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral orientada a resultados en salud, que incluya la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, mediante las redes integrales de prestadores de servicios de salud. Para ello, las entidades responsables de pago a través de las redes integrales de prestadores de servicios de salud deberán implementar modalidades de contratación y de pago que agrupen la mayor cantidad de servicios y tecnologías en salud, dando cumplimiento a las rutas integrales de atención en salud y al continuo de atención que se requiera. La garantía de la atención integral en salud no requerirá la intermediación del afiliado, la cual está a cargo de la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud de acuerdo con sus competencias.

Parágrafo 1. Las redes integrales de prestadores de servicios de salud deberán estar habilitadas por la entidad responsable de la operación del aseguramiento en salud bajo la normativa establecida en

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y operarán de acuerdo a los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, oportunidad, integralidad, calidad, continuidad, resolutivez y eficiencia en el marco de la Política de Atención Integral en Salud vigente dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las redes integrales de prestadores de servicios de salud podrán estar constituidas por organizaciones funcionales u otras formas de asociación o alianzas estratégicas tales como uniones temporales, consorcios y convenios de conformidad con lo establecido en la normativa vigente.

Parágrafo 2. Las rutas integrales de atención en salud determinadas como obligatorias, deben ser incorporadas dentro de los acuerdos de voluntades que se suscriban. Así mismo, serán de aplicación obligatoria los lineamientos que sobre el particular disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2.5.3.4.2.2. Libertades y restricciones en la contratación de servicios y tecnologías en salud. Las partes tienen libertad para seleccionar los servicios y tecnologías en salud a contratar, las tarifas, los precios y las modalidades de contratación y de pago, en el marco de la Ley Estatutaria en Salud y la Política de Atención Integral en Salud. Esta libertad contractual estará limitada por la integración vertical y la contratación mínima obligatoria con la red pública señaladas en los artículos 15 y 16 de la Ley 1122 de 2007, los precios regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y tendrá las restricciones y obligaciones previstas en la Constitución, la Ley y las demás normas que regulen la materia.

Artículo 2.5.3.4.2.3. Elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud en cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, y con el fin de garantizar el acceso a los servicios y tecnologías en salud en las fases del continuo de la atención: promoción de la salud y prevención de enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación que se prestan a la población objeto según sus necesidades y riesgos en salud, adelantarán una etapa de negociación que tendrá como mínimo los siguientes elementos:

1. Por parte de los prestadores de servicios de salud:

El modelo del prestador con sus servicios habilitados en los ámbitos territoriales urbano, rural y rural disperso.

2. Por parte de las entidades responsables de pago:

2.1. El modelo de atención en salud.

2.2. La caracterización de la población objeto con los datos sobre su estructura demográfica, distribución poblacional en los ámbitos territoriales urbano, rural y rural disperso, riesgos y estado de salud en términos de morbilidad y mortalidad, así como las características diferenciales de interés, con base en la información básica de los afiliados (BDUA) y la reportada en cumplimiento de la normativa vigente, relacionada con el objeto del contrato.

2.3. La red integral de prestadores de servicios de salud habilitada o por habilitar, estableciendo la complementariedad de los prestadores para la atención integral en salud de la población a cargo.

2.4. Proceso de referencia y contrarreferencia de la red integral de prestadores de servicios de salud habilitada.

3. De las partes:

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

3.1. Indicadores establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) vigente, para los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago y aquellos que dan cuenta de los resultados en salud, definidos en las rutas integrales de atención en salud y demás que apliquen según la normativa vigente.

3.2. Proceso de autorización integral de los servicios y tecnologías en salud, contratados al interior de la red integral de prestadores de servicios de salud, cuando aplique. En todo caso la autorización de servicios y tecnologías en salud se dará sin que el usuario deba realizar dicho trámite, en los términos del Decreto Ley 2106 de 2019 o la norma que lo modifique, sustituya o adicione.

3.3. El modelo de auditoría a aplicar.

Parágrafo. En todo caso, la etapa de negociación de que trata el presente artículo deberá ser parte del acuerdo de voluntades, conservándose la evidencia de la misma.

Artículo 2.5.3.4.2.4. Requisitos para la celebración de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Con independencia de la modalidad de contratación y de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades estos deberán, adicional a las cláusulas generales de todos los contratos, contener como mínimo los siguientes:

1. Caracterización de la población objeto del acuerdo, conforme al numeral 2.2. del Artículo 2.5.3.4.2.3.
2. Base de datos de los afiliados objeto de atención y mecanismo de actualización de la misma, cuando aplique.
3. Servicios y tecnologías en salud que se prestarán a la población objeto del contrato.
4. Modalidad de contratación y la incorporación de medidas de protección de riesgo, de acuerdo con la modalidad.
5. Listado de guías de práctica clínica y protocolos de atención cuando aplique.
6. Nota Técnica.
7. Valor del contrato determinado o determinable en tarifas o precios que deben ser aplicados a los servicios y las tecnologías en salud de acuerdo a la unidad de reconocimiento y pago de la modalidad contratada.
8. Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) obligatorias y aquellas priorizadas por la entidad responsable de pago, y sus lineamientos técnicos y operativos, cuando aplique.
9. Proceso de autorización integral de los servicios y tecnologías en salud, contratados al interior de la red integral de prestadores de servicios de salud, cuando aplique.
10. Proceso de coordinación entre el pagador y los prestadores de servicios de salud y de éstos entre sí, para la complementariedad requerida para la atención integral de la población a cargo, para lo cual detallará los servicios que aporta el prestador y la integración de los mismos dentro de la RIPSS.
11. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
12. Especificación de los indicadores de resultados en salud esperados, teniendo en cuenta la línea de base del estado de salud de la población objeto del contrato y el seguimiento periódico de las metas establecidas.
13. Modelo de auditoría orientado a la calidad de la atención en salud y al cumplimiento de las obligaciones contractuales.
14. Mecanismos para la solución de conflictos.

El cumplimiento de los anteriores requisitos, supone el desarrollo de los mismos al interior del objeto contractual atendiendo a la dinámica de su ejecución interpartes, particularmente los relacionados con el seguimiento y actualización de la Nota Técnica, la complementariedad para la atención integral, la evaluación y ajuste de los indicadores acordados, así como de los resultados en salud de la población a cargo, según las modalidades de contratación y de pago utilizadas.

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

Parágrafo 1º. La nota técnica que aplicará al contrato se construye conjuntamente con la información de las partes e incluirá el monitoreo y la evaluación para determinar la necesidad de ajustes en población, frecuencias, valores y rangos de riesgo, establecidos frente a la línea de base estimada del acuerdo. La nota técnica se expresará en los catálogos estandarizados de uso obligatorio para el SGSSS.

Parágrafo 2º. Las entidades responsables de pago garantizarán el suministro de la información de la población a ser atendida, de acuerdo con la modalidad de contratación y de pago, asegurando su calidad, depuración y la actualización oportuna de novedades que deben ser registradas en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Las atenciones prestadas con base en la información reportada no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Parágrafo 3º. Para la prestación de servicios y tecnologías en salud relacionadas con el cumplimiento de las RIAS referidas en el numeral 8 del presente artículo, no se requerirá autorización previa. En la atención de las RIAS, las consultas, toma de muestras y medicamentos entre otros servicios que se consideren básicos para el control de la condición de salud, deben garantizarse y contratarse preferiblemente con el mismo el prestador de servicios de salud.

En el seguimiento y evaluación de las intervenciones incluidas en las RIAS deberá considerarse el continuo del proceso de atención ante hallazgos que den cuenta de la presencia o riesgo de una condición en salud, y su ejecución deberá ser parte de la modalidad de contratación y de pago acordada.

Parágrafo 4º. En el caso de manejo de cohortes, se adelantará un monitoreo trimestral y el ajuste de riesgo se podrá realizar en el primer año de haberse establecido el acuerdo de voluntades, sin importar cambios en las modalidades de contratación y de pago y siempre que la población objeto se mantenga al menos en el 80%. Lo anterior con el fin de garantizar la gestión del riesgo en aras de lograr menor severidad de las condiciones y disminución de la prevalencia o mitigación de factores de riesgo en salud.

Parágrafo 5º. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de cada uno de los agentes, definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Artículo 2.5.3.4.2.5. Modalidades de contratación aplicables a la compra de los servicios y tecnologías en salud. Las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud podrán escoger y pactar libremente las modalidades de contratación con el objeto de impactar de manera positiva la accesibilidad, la oportunidad, la integralidad, la resolutivez y la continuidad de la atención, y el uso eficiente de los recursos para la obtención de resultados en salud.

La utilización de las modalidades de contratación responderá a los riesgos en salud de la población objeto, a las condiciones de oferta de servicios disponible, al flujo eficiente de recursos al prestador y a la mejora de los indicadores de acceso y resultados en salud, con prácticas humanizadas, seguras, coordinadas y transparentes, dirigidas a la atención integral en salud centrada en el usuario.

Las modalidades de contratación deben considerar para su aplicación la identificación del riesgo primario (por incidencia o severidad) o técnico (utilización de recursos o evitable), la agrupación de servicios y tecnologías en salud, la definición de una población objeto a nivel individual o grupal (global) incluyendo las condiciones médicas cubiertas y el valor a reconocer que se defina antes o después del proceso de atención. Las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud podrán acordar, entre otras, las siguientes modalidades:

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

1. Modalidades de contratación y de pago no asociada al riesgo primario de incidencia

1.1. Episodio de atención: Modalidad mediante la cual las partes acuerdan por anticipado una suma fija por un conjunto de servicios y de tecnologías en salud, para la atención de una condición individual de salud, para la cual se establece el inicio, el curso evolutivo y el final de la atención, durante un período determinado de tiempo, realizándose un pago por cada caso atendido. Las principales modalidades de episodio de atención son:

1.1.1. Paquete / Canasta / Conjunto Integral en Salud: Se refiere al episodio de atención en el cual el pagador comparte con el prestador el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones)

1.1.2. Grupos Relacionados por Diagnóstico: Episodio de atención en el cual las partes acuerdan para la realización de la atención, una clasificación de pacientes bajo un sistema de categorías que considera los diagnósticos de atención y el uso relativo de recursos. En esta modalidad el pagador comparte con el prestador el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones)

1.2. Integral por grupo de riesgo. Modalidad mediante la cual las partes acuerdan por anticipado una suma fija por persona incluida dentro de un grupo de riesgo, para cubrir un conjunto de servicios y de tecnologías en salud para la atención integral de su condición o condiciones individuales de salud durante un período determinado de tiempo, acorde con su nivel de riesgo y la frecuencia e intensidad en el uso de servicios o tecnologías en salud. En esta modalidad, el pagador comparte con el prestador el riesgo primario de severidad y el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones)

1.3 Pago por contacto por especialidad. Modalidad mediante la cual el pagador acuerda por anticipado un pago fijo con el prestador, por un período de tiempo para un conjunto de servicios y tecnologías en salud para la atención de unos diagnósticos definidos dentro de una especialidad determinada. En esta modalidad, el pagador comparte con el prestador el riesgo primario de severidad y el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones)

1.4 Pago por escenario de atención. Modalidad de contratación bajo la cual se acuerda por anticipado un pago fijo por un tiempo preestablecido en un escenario de atención claramente definido. El escenario de atención establecido por las partes se refiere a la atención integral de una o varias condiciones médicas. En esta modalidad, el pagador comparte con el prestador el riesgo primario de severidad y el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones)

1.5 Pago por tipo de servicio. Modalidad mediante la cual las partes acuerdan por anticipado una suma fija por los servicios y tecnologías en salud propias de un servicio, por un período de tiempo, para realizar un tipo de servicio que está predefinido. En esta modalidad, el pagador comparte con el prestador el riesgo primario de severidad y el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones)

2. Modalidades de contratación y de pago asociadas al riesgo primario de incidencia

2.1 Pago global prospectivo por episodio. Modalidad mediante la cual las partes acuerdan por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, los servicios y las tecnologías en salud requeridas para la atención de episodios a una población predefinida dentro de un área geográfica, con condiciones de riesgo específicas estimadas y acordadas previamente entre las partes. En esta modalidad, el pagador realiza

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

al prestador una transferencia limitada del riesgo primario de incidencia y de severidad, y el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones)

2.2 Pago global prospectivo por grupo de riesgo. Modalidad mediante la cual se define por anticipado una suma fija global para la atención de pacientes con un tipo específico de riesgo, usualmente una condición médica crónica dentro en una población de referencia, en una zona geográfica y durante un período de tiempo. En esta modalidad, el pagador realiza al prestador una transferencia limitada del riesgo primario de incidencia y de severidad, y el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones)

2.3 Pago global prospectivo por especialidad. Modalidad que permite establecer por anticipado un pago fijo global por las atenciones correspondientes a los diagnósticos definidos dentro de alguna especialidad, que ocurran en una población previamente determinada, en un área geográfica y en un período de tiempo. En esta modalidad, el pagador realiza al prestador una transferencia limitada del riesgo primario de incidencia y de severidad, y el riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones)

2.4 Capitación. Modalidad mediante la cual las partes establecen por anticipado y pagan una suma por persona para la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de servicios y tecnologías en salud que se prestan en servicios de baja complejidad, a un número predeterminado de personas, durante un período definido de tiempo. En esta modalidad, que para el SGSSS corresponde a una capitación parcial, el pagador realiza al prestador una transferencia parcial para su nivel de complejidad del riesgo primario de incidencia y total del riesgo primario de severidad, así como del riesgo técnico de utilización de servicios y de severidad evitable (complicaciones)

3. Modalidades de contratación y de pago sin transferencia de riesgo

3.1 Por servicio. Modalidad mediante la cual las partes acuerdan una suma por cada unidad de servicio y de tecnología en salud suministrada a la persona para la atención de sus requerimientos en salud. También se denomina "*fee for services*".

3.2 Reembolso de costos. Modalidad mediante la cual el prestador de servicios de salud detalla al pagador los costos en que incurrió en los servicios y tecnologías en salud suministradas a una persona o grupo para la atención de sus requerimientos en salud. Se pagan los costos, no tarifas o precios de los servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo. Las partes podrán pactar medidas de protección del riesgo tales como el ajuste de riesgo, el ajuste por desviaciones extremas del costo y franja de riesgo, entre otras, para proteger la calidad de la atención a la población por las variaciones en los costos de la misma y que escapen del control de los prestadores de servicios de salud. Estas medidas no son aplicables a la modalidad de contratación y de pago por servicio.

Artículo 2.5.3.4.2.6. Pago de las modalidades de contratación. Las entidades responsables de la operación del aseguramiento pagarán a los prestadores de servicios de salud de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. Para la modalidad de contratación por capitación, se pagará mes anticipado el 100% de la suma fija pactada por persona, dentro de los cinco primeros días del respectivo mes.
- b. Para las demás modalidades de contratación, se realizará un pago anticipado del 50% del valor de la factura de venta dentro de los cinco días posteriores a su radicación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) hábiles

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

siguientes a la radicación de la factura de venta. Cuando existan glosas se dará aplicación a lo previsto en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.

Para las modalidades de contratación y de pago integral por grupo de riesgo y pago global prospectivo, las partes podrán pactar un anticipo hasta del 50% del valor mensualizado el cual consiste en entregar al prestador de servicios de salud un adelanto o avance con cargo al valor mensualizado del contrato. Dicho anticipo será objeto de liquidaciones periódicas durante la ejecución del contrato.

De realizarse anticipos, la entidad responsable de pago y los prestadores de servicios de salud deberán realizar mensualmente la conciliación contable de los anticipos girados y recibidos, de conformidad con la normativa vigente, de tal forma que garantice su confiabilidad y razonabilidad en los estados financieros y los reportes de cartera que las entidades están obligadas a realizar.

Parágrafo 1º. En las modalidades de contratación y de pago por capitación o integral por grupo de riesgo se podrá pactar la devolución de recursos por parte de los prestadores de servicios de salud cuando una entidad responsable de la operación del aseguramiento deba proceder a la devolución de las UPC por afiliados fallecidos, siempre y cuando se haya realizado el giro o pago de los recursos. En ninguna otra modalidad de contratación y de pago podrá pactarse la devolución de recursos por efectos de la restitución de Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Parágrafo 2º. Los servicios y tecnologías en salud incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si los servicios y tecnologías en salud contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora de servicios en caso de contingencia, o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención al prestador con quien tenga suscrito el acuerdo de voluntades.

Artículo 2.5.3.4.2.7. Recaudo de pagos compartidos. Cuando se pacte en los acuerdos de voluntades de prestación de servicios y tecnologías en salud el recaudo de copagos y cuotas moderadoras por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago cuando exista un recaudo efectivo de su valor. En todo caso, la responsabilidad de su recaudo es de las entidades responsables de la operación del aseguramiento.

Artículo 2.5.3.4.2.8. Reconocimiento de intereses. Cuando las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios de salud tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de radicación de la factura de venta.

Cuando la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, dicho valor se descontará en facturas posteriores. De no presentarse facturas posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor pagado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual se realizó el pago al prestador de servicios de salud.

El reconocimiento de los intereses moratorios se realizará de conformidad con lo establecido en el artículo 7º del Decreto Ley 1281 de 2002 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Artículo 2.5.3.4.2.9. Soportes de las facturas de venta de prestación de servicios y tecnologías en salud. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas de venta con los soportes que de acuerdo con la modalidad de contratación y de pago, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

Artículo 2.5.3.4.2.10. Acceso a la información clínica de los afiliados. Para los efectos previstos en este Capítulo, las entidades responsables de pago podrán acceder a la historia clínica custodiada por prestadores de servicios de salud, de forma presencial o virtual, cumpliendo las condiciones fijadas por el prestador de servicios de salud en calidad de guarda y custodia de la historia clínica del paciente, así como los principios para el tratamiento de datos personales contemplados en la Ley 1581 del 2012 y la implementación de la historia clínica electrónica interoperable conforme a la Ley 2015 del 2020, con las medidas que garanticen la privacidad y reserva de la misma, siempre y cuando tal información resulte necesaria para la gestión del riesgo en salud de sus afiliados y los procesos de auditoría.

Artículo 2.5.3.4.2.11. Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de devolución y de glosa de facturas de venta, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud.

Los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago deberán llevar un registro de las causas de devoluciones, glosas y respuestas para hacer evaluaciones periódicas dentro del mecanismo de auditoría de cuentas médicas, con el fin de tomar las medidas correctivas a que haya lugar.

Artículo 2.5.3.4.2.12. Trazabilidad de la factura de venta de los servicios y tecnologías en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la trazabilidad de la factura y pago de las prestaciones de los servicios y tecnologías en salud, para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, devoluciones, glosas, pagos, notas crédito y débito que hará parte del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial previsto en la Ley 1966 del 2019 y las demás normas concomitantes en la materia.

Artículo 2.5.3.4.2.13. Liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades de prestación de servicios y tecnologías en salud. Los acuerdos de voluntades de prestación de servicios y tecnologías en salud suscritos entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables de pago, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes y de la modalidad de contratación y de pago, deberán ser liquidados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación.

Artículo 2.5.3.4.2.14. De los incentivos en los acuerdos de voluntades. Las partes podrán pactar dentro de la gestión de cada modalidad de contratación y de pago, el reconocimiento de incentivos por el logro de resultados en salud de tipo económico o no económico. Cuando se pacten, los prestadores de servicios de salud desarrollarán el esquema institucional que permita transmitir el reconocimiento al talento humano que participa en la atención de salud.

Artículo 2.5.3.4.2.15. Buenas prácticas en la negociación, suscripción, ejecución y liquidación de los acuerdos de voluntades. De acuerdo con lo establecido en el presente capítulo, las buenas prácticas son todos aquellos principios, actividades y tareas que deben adelantar las partes para garantizar los servicios y las tecnologías en salud de la población.

Se consideran buenas prácticas:

1. Utilizar modalidades de contratación y de pago que promuevan la integralidad del proceso de atención para los riesgos identificados, la gestión integral del riesgo y los resultados en salud.
2. No incurrir en conductas que conlleven a abusos contractuales, abstenerse de convenir cláusulas que puedan afectar el equilibrio del contrato y no ejercer abuso de posición dominante contractual.

Continuación del decreto "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud"

3. Propiciar la fidelización del usuario a través de mecanismos desarrollados entre las partes.
4. Diseñar herramientas para el seguimiento de usuarios y estrategias de demanda inducida para las atenciones en salud.
5. Utilizar las tecnologías de la información y comunicación amigables con el usuario.
6. Definir y utilizar un tablero de indicadores que permita la identificación de alertas para garantizar el cumplimiento del acuerdo.
7. Incentivar y monitorear el autocuidado y la gestión del estado de salud por parte del usuario.
8. Establecer manuales de contratación, manejo y resolución de conflictos y realizar el mejoramiento continuo de los mismos.

Sección 3. Inspección, vigilancia y control

Artículo 2.5.3.4.3.1. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud adelantará las acciones de inspección, vigilancia y control respecto al cumplimiento de lo establecido en el presente capítulo y en caso de incumplimiento adelantará las acciones a que hubiere lugar, de acuerdo con sus competencias.

Sección 4. Disposiciones finales

Artículo 2.5.3.4.4.1. Reporte y disponibilidad de información. La información que deben reportar las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud relacionadas con las prestaciones de los servicios y tecnologías en salud, las modalidades de contratación y de pago, y tarifas o precios de los servicios y tecnologías en salud y demás aspectos de la relación contractual, se realizará de acuerdo con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud están obligados a publicar la información que el Ministerio de Salud y Protección Social determine en desarrollo de la Ley 1712 de 2014, la Ley 1966 de 2019 y las demás normas concomitantes en la materia.

Artículo 2. Transitoriedad. Las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud deberán implementar las disposiciones del presente Decreto a partir del 1 de enero del 2021.

Artículo 3. Vigencia y derogatoria. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C., a los

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL