

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****DECRETO NÚMERO****DE 2021****()**

Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política de Colombia y de conformidad con lo establecido en el literal c) del artículo 154 y los artículos 178, 179 y 244 de la Ley 100 de 1993, los artículos 5 y 6 del Decreto Ley 1295 de 1994, los numerales 42.1, 42.3, 42.14 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el artículo 7 del Decreto Ley 1281 de 2002 el literal d) y el párrafo primero del artículo 13 y el artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, el numeral 1 del artículo y el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019, 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 de 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 de 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, que se fundamenta en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral y de calidad, al igual que la rehabilitación.

Que en desarrollo del campo de acción dispuesto para las Entidades Promotoras de Salud – EPS en el artículo 179 de la Ley 100 de 1993, y la regulación del aseguramiento en salud que les corresponde asumir a dichas entidades en virtud de la Ley 1122 de 2007, deben adelantar procesos de contratación para garantizar la atención en salud a través de la articulación de los servicios, el acceso efectivo a los mismos y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

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

Continuación del decreto: *“Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud”*

Que en desarrollo de los principios de eficiencia y sostenibilidad definidos en el artículo 6º de la Ley 1751 de 2015 se deben establecer reglas que mejoren las relaciones de los agentes del sistema en la contratación de los servicios y tecnologías de 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 de salud.

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

Que es necesario avanzar en la regulación de modalidades 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.

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 de 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 pago.

Que en el artículo 3 de la Ley 2024 de 2020 se definen los plazos generales de pago de los intercambios comerciales que se presenten en el Sector Salud.

Que conforme al artículo 9 de la Ley 1797 de 2016, es deber de las entidades responsables de pago y las instituciones prestadoras de servicios de salud, depurar y conciliar permanentemente las cuentas por cobrar y pagar entre ellas y efectuar el respectivo saneamiento contable de sus estados financieros.

Que la Ley 1955 de 2019 en su artículo 243 incluyó a los operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que en la Ley 1966 de 2019 se adoptan medidas para mejorar la eficiencia de operación y transparencia a través de la unificación de los sistemas de información de gestión financiera y asistencial, se introducen 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 la Ley 1966 de 2019 en su artículo 13, establece la necesidad de implementar mecanismos para el logro de resultados en salud, pronto pago, reducción de la tendencia de eventos de alto costo, entre otros.

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.

Continuación del decreto: *“Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud”*

Que en el Decreto Ley 1281 de 2002 se establecen normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.

Que se hace necesario modificar las disposiciones contenidas en Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, con el fin de dar regular aspectos precontractuales, contractuales y post contractuales, así como incorporar medidas de protección al usuario que faciliten el ejercicio del derecho a la salud, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud y se generen mecanismos de seguimiento a los acuerdos de voluntades.

Qué en mérito de lo expuesto,

DECRETA

Artículo 1. Sustitúyase el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

CAPÍTULO 4

CONTRATACIÓN

Sección 1. Disposiciones Generales

Artículo 2.5.3.4.1.1. Objeto. *El presente capítulo tiene por objeto regular algunos aspectos de los acuerdos de voluntades y de la relación precontractual, contractual y post contractual, entre las entidades responsables de pago –ERP-, los prestadores de servicios de salud –PSS- y proveedores de tecnologías en salud –PTS-, así como los mecanismos de protección a los usuarios.*

Artículo 2.5.3.4.1.2. Alcance. *Este capítulo aplica a las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.*

Artículo 2.5.3.4.1.3. Definiciones. *Para efectos del presente Capítulo se adoptan las siguientes definiciones:*

1. **Ajuste de riesgo:** *proceso que se desarrolla, de acuerdo con la modalidad de pago, con el fin de mitigar el impacto de las variaciones en los costos reales de atención, frente a lo previsto en la nota técnica.*
2. **Entidades Responsables de Pago (ERP):** *Se consideran como tales, las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las entidades territoriales y las administradoras de riesgos laborales.*
3. **Modalidad de pago:** *Forma y compromiso que se pacta sobre la unidad de pago del acuerdo de voluntades, teniendo en cuenta la transferencia de riesgos, los servicios y tecnologías a incluir, y la población objeto que será beneficiaria del objeto contractual.*
4. **Nota técnica:** *Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población y/o de riesgo, atendiendo el término de duración del contrato y las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final pactada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago.*

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

5. **Pago prospectivo:** Es aquel monto fijo para la atención que se pacta con anterioridad a la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud, y que permite determinar previamente un pago por caso, persona o global.
6. **Pago retrospectivo:** Es un pago que se da posterior al proceso de atención, en el cual no es posible conocer con anterioridad el monto final, y está sujeto a la frecuencia de uso de servicios y tecnologías en salud.
7. **Proveedores de tecnologías en salud (PTS):** Para los efectos del presente Capítulo se considera toda persona natural o jurídica que realice la disposición, entrega o prestación de tecnologías en salud en el marco del Sistema General de Seguridad en Salud en Salud, lo cual incluye los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas cuyo objeto social esté relacionado con la prestación de servicios y tecnologías en salud.
8. **Riesgo primario de incidencia:** Es la probabilidad de aparición de un evento o condición médica en la población asignada, cuyo costo de atención debe ser asumido.
9. **Riesgo primario de severidad:** Hace referencia a la variabilidad en la severidad de una condición médica al momento de su diagnóstico, cuyo costo de atención debe ser asumido.
10. **Riesgo técnico de morbilidad evitable:** Es aquel relacionado con la aparición de morbilidad a manera de complicaciones atribuibles al manejo del paciente por parte del Prestador de Servicios de Salud (PSS) y su talento humano, incluyendo los eventos adversos, y el consecuente efecto sobre la salud del paciente y el costo médico.
11. **Riesgo técnico de utilización de servicios:** Se relaciona con la variabilidad en el uso de recursos en el proceso de atención, que se encuentra asociada a factores no previsibles en la atención o no soportadas con la evidencia científica, cuyo costo debe ser asumido.
12. **Referencia y contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permite prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando los principios de la calidad, continuidad 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.

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 la 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 la 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.
13. **Transferencia de riesgo:** Proceso que conlleva a que una de las partes, en el alcance de este capítulo, el PSS o PTS, asume las consecuencias financieras de los riesgos descritos en el presente artículo, de acuerdo con la modalidad de pago.

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

Sección 2. De los acuerdos de voluntades

Artículo 2.5.3.4.2.1. Elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, en cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, adelantarán una etapa de negociación que tendrá como mínimo los siguientes elementos:

1. *Por parte de las entidades responsables de pago:*

1.1. *El modelo de atención en salud.*

1.2. *La caracterización de la población o el análisis de situación en salud, conforme a la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la información adicional que se requiera para que los prestadores de servicios de salud y los proveedores de servicios y tecnologías en salud estén en capacidad de identificar las condiciones de salud de la población que será atendida, de acuerdo con la modalidad de pago a convenir.*

1.3. *Los plazos de pago, los cuales no pueden exceder lo establecido en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007, 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011 y 3 de la Ley 2024 de 2020, según el caso, así como la política de contratación y pagos, cuando aplique.*

2. *Por parte de los prestadores de servicios de salud:*

2.1. *El modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características del territorio.*

2.2. *La relación de sus servicios de salud habilitados, sus niveles de complejidad y modalidades de prestación de servicios.*

2.3. *La capacidad instalada habilitada y disponible.*

2.4. *La oferta de servicios y tecnologías en salud.*

3. *Por parte de los proveedores de tecnologías en salud:*

3.1. *El modelo de disposición, entrega o prestación de tecnologías en salud acorde a las características del territorio donde operan.*

3.2. *La oferta de tecnologías en salud.*

3.3. *La capacidad instalada, operativa, logística y de gestión para la provisión de las tecnologías en salud.*

4. *Elementos que deben ser tenidos en cuenta por todas las partes de la negociación:*

4.1. *Indicadores establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) vigente; 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.*

4.2. *El modelo de auditoría para las partes, que debe cumplir como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico - científicos y de calidad del servicio, así como con las disposiciones del SOGCS y la revisoría de cuentas, conforme los términos establecidos en el artículo 57 de la ley 1438 de 2011. Los sistemas de información y demás mecanismos, cuyo uso sea necesario para la ejecución, registro y seguimiento del cumplimiento del objeto contractual.*

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

Parágrafo. Las partes deberán conservar la evidencia del proceso de negociación, de acuerdo con los elementos mínimos establecidos en este artículo, la cual hará parte integral del acuerdo de voluntades.

Artículo 2.5.3.4.2.2. Contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Con independencia de la o las modalidades de pago que se establezcan en los acuerdos de voluntades, estos deberán, adicional a las cláusulas generales de los contratos, contener como mínimo lo siguiente:

1. Objeto determinado.
2. Plazo de duración del acuerdo y de ejecución de las obligaciones.
3. Base de datos de la población objeto de atención y su mecanismo de actualización, según la modalidad de pago.
4. La relación de los servicios de salud habilitados sujetos a contratación, en caso de los PSS.
5. La relación de tecnologías en salud objeto de contratación.
6. La modalidad o modalidades de pago y la incorporación de medidas de ajuste de riesgo, de acuerdo con la modalidad acordada.
7. Listado de guías de práctica clínica y protocolos de atención, según el objeto contractual.
8. Nota Técnica, según la modalidad de pago.
9. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago, de acuerdo a la modalidad de pago pactada.
10. Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) obligatorias y aquellas priorizadas por la entidad responsable de pago, y sus lineamientos técnicos y operativos, según el objeto contractual.
11. Procedimiento para la eliminación de barreras administrativas en la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud, conforme a lo establecido en el artículo 2.5.3.4.3.3. del presente Decreto.
12. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia, cuando aplique.
13. Indicadores pactados, según el objeto contractual
14. Proceso periódico de seguimiento a la ejecución del objeto contractual
15. Especificación de los reportes de obligatorio cumplimiento que apliquen al objeto contractual, así como los procesos de entrega, acorde a los términos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
16. Mecanismos para la solución de conflictos.
17. Mecanismos y términos para la liquidación, terminación o renovación automática de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

Parágrafo 1. Las entidades responsables de pago garantizarán el suministro de la información de la población a ser atendida, de acuerdo con la modalidad de pago, asegurando su calidad, depuración y la actualización oportuna de las novedades que deben ser registradas en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Los servicios y tecnologías en salud prestados o provistos con base en la información reportada, no podrán ser objeto de glosa teniendo como fundamento que el usuario no está incluido en la BDUA. Las novedades en la información de la población a ser atendida deberán ser depuradas y actualizadas una vez sean detectadas, conforme a lo establecido en el artículo 2.5.3.4.3.2 de este Decreto.

Parágrafo 2. En el caso de manejo de cohortes, se deberá pactar un mecanismo de monitoreo periódico y se podrá realizar el ajuste de riesgo, de acuerdo con la modalidad de pago, cuando las partes lo consideren necesario, con el fin de garantizar su gestión y lograr una menor incidencia y severidad de los riesgos, condiciones y complicaciones en salud.

Parágrafo 3. 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, de conformidad con lo establecido en los artículos 2.5.1.4.1 a 2.5.1.4.9 de este Decreto o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Artículo 2.5.3.4.2.3. Modalidades de pago aplicables en los acuerdos de voluntades. En los acuerdos de voluntades se podrá escoger y pactar libremente la o las modalidades de pago de acuerdo con el objeto contractual y las obligaciones a cargo de las partes, para ello, podrán acordar, entre otras, las siguientes:

- 1. Pago por episodio, caso, conjunto integral de atenciones, paquete, canasta o grupo relacionado por diagnóstico.** Modalidades que aplican para la prestación de servicios en salud individuales, en las cuales, se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido.

La atención del evento o condición individual de salud tiene definido un curso y un conjunto de servicios y tecnologías en salud necesarias.

En estas modalidades el riesgo técnico es asumido completamente por el prestador.

El riesgo primario de incidencia y el de severidad es asumido por el asegurador y, en aquellos casos donde existan complicaciones asociadas al evento, parcialmente lo podrá asumir el prestador.

La información de los afiliados objeto de atención podrá suministrarse a través de base de datos o mediante los mecanismos de verificación de derechos al momento de la prestación, según se acuerde al momento de la suscripción del acuerdo de voluntades.

- 2. Pago Integral por grupo de riesgo.** Modalidad de pago para la prestación de servicios en salud individuales y en los colectivos que aplique, mediante la cual las partes acuerdan por anticipado el pago de una suma fija por persona atendida, incluida dentro de un grupo de riesgo.

Aplica para una condición o un conjunto de condiciones crónicas relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud cuya frecuencia de uso está ajustada por el nivel de riesgo.

El riesgo técnico y el riesgo primario de severidad son asumidos completamente por el prestador, el asegurador asume el riesgo primario de incidencia.

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

La información de la población objeto de atención se suministrará a través de base de datos por los mecanismos que se acuerden al momento de la suscripción del acuerdo de voluntades.

- 3. Pago global prospectivo.** Modalidad de pago prospectivo por grupo de personas asignadas, que aplica para la prestación de servicios en salud individuales o colectivas y para el suministro de tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan por anticipado una suma fija global para cubrir una población durante un período determinado de tiempo.

En esta modalidad se cubre un conjunto definido de servicios y tecnologías en salud requeridas para la atención de la población objeto, de acuerdo con el alcance definido en el acuerdo de voluntades cuya frecuencia de uso es ajustada por nivel de riesgo y que han sido estimadas y acordadas previamente entre las partes.

En esta modalidad el riesgo técnico de utilización de servicios y el riesgo técnico de morbilidad evitable y el riesgo primario de severidad son asumidos por el prestador o proveedor y existe una transferencia limitada del riesgo primario de incidencia.

La información de la población objeto de atención se suministrará a través de base de datos por los mecanismos de entrega y actualización que se acuerden al momento de la suscripción del acuerdo de voluntades.

- 4. Pago por Capitación:** Modalidad de pago que aplica para la prestación de servicios en salud individuales o colectivos y para el suministro de tecnologías en salud, mediante la cual las partes establecen previamente una suma fija por usuario, la cual es pagada por anticipado.

Incluye la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud que se prestan en servicios de baja complejidad, a un número predeterminado de usuarios, durante un período definido de tiempo.

Se realiza una transferencia parcial al prestador del riesgo primario de incidencia y total del riesgo primario de severidad, así como del riesgo técnico de utilización de servicios y el riesgo técnico de morbilidad evitable.

La información de la población objeto de atención se suministrará a través de base de datos por los mecanismos que se acuerden al momento de la suscripción del acuerdo de voluntades.

- 5. Pago por servicio (evento):** Modalidad de pago que aplica para la prestación de servicios en salud individuales o colectivos y para el suministro de tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad de tecnologías en salud suministrada a la persona para la atención de sus requerimientos en salud.

El prestador de servicios de salud o el proveedor de tecnologías en salud no asume el riesgo primario de incidencia o de severidad ni el riesgo técnico dentro del pago por tecnología, pero el riesgo técnico por utilización de servicios está sujeto a la pertinencia validada por el pagador.

La información de los afiliados objeto de atención podrá suministrarse a través de base de datos o mediante los mecanismos de verificación de derechos al momento de la prestación, según se acuerde al momento de la suscripción del acuerdo de voluntades.

En caso de pactarse modalidades de pago diferentes a las aquí enunciadas, estas deberán considerar como mínimo los siguientes aspectos: la identificación del riesgo en salud, la

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

agrupación de servicios y tecnologías de salud, la definición de una población objeto, incluyendo las condiciones médicas cubiertas, y el valor de pago prospectivo o retrospectivo, según corresponda de acuerdo con el objeto del acuerdo de voluntades. No obstante, en caso de que los anteriores aspectos coincidan con alguna de las modalidades definidas en este artículo, deberá hacerse uso de esta en los términos aquí reglamentados.

Parágrafo 1. *En los acuerdos de voluntades se deberán pactar medidas de ajuste de riesgo de acuerdo con lo definido entre las partes. Estas medidas no son aplicables a las modalidades de pago por servicio.*

Parágrafo 2. *En las modalidades de pago en las cuales se establece un pago prospectivo, las ERP garantizarán el proceso de atención integral en salud y los PSS, dentro de su autonomía, utilizarán las mejores alternativas de intervención para la condición de cada paciente.*

Parágrafo 3: *Las modalidades de pago que incluyan acciones de detección temprana de condiciones crónicas y su atención por parte del mismo prestador de servicios de salud, en el marco un solo acuerdo de voluntades, deberán incluir medidas de ajuste de riesgo o, en su defecto, se deberá procurar la suscripción de acuerdos de voluntades independientes.*

Artículo 2.5.3.4.2.4. Nota técnica: *En los acuerdos de voluntades, salvo aquellos que se ejecuten con modalidades de pago por evento o pago por disponibilidad, se deberá incluir, como anexo que hace parte integral del contrato, la nota técnica, que como mínimo incluya los siguientes elementos:*

- a. *Población objeto total y susceptible de cada servicio o tecnología en salud de acuerdo con la caracterización poblacional, contemplando los riesgos identificados en salud, condiciones crónicas ya establecidas, nivel de acceso de las poblaciones, factibilidad operativa en la implementación de alternativas prestacionales y los modelos diferenciales.*
- a. *Frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud de acuerdo con el horizonte temporal en el que se suscribe el acuerdo de voluntades y las probabilidades de utilización de estas.*
- b. *En el caso de aquellos acuerdos de voluntades, cuyo objeto sea la prestación de servicios para una Ruta Integral de Atención en Salud - RIAS, las frecuencias de uso deben establecerse con base en la normativa vigente que regula la RIAS, así como en los lineamientos técnicos o el modelo de atención establecido por la ERP.*
- c. *Costos acordados entre las partes para cada servicio o tecnología en salud, de acuerdo con las diferentes modalidades de prestación de los servicios de salud.*
- d. *Los servicios y tecnologías incluidos en la nota técnica se expresarán con los códigos establecidos en las tablas de referencia que han sido estandarizadas y publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, que son de uso obligatorio para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.*

Sección 3. Mecanismos de protección al usuario

Artículo 2.5.3.4.3.1. Deber de información al usuario: *Con el fin de que los afiliados tengan información que les permita ejercer su derecho de libre elección, en los términos del literal h) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, las ERP deberán disponer en su página web la información clara, precisa, comprensible y asequible de la red de PSS y PTS contratados, la cual deberá ser actualizada con las novedades que se presenten y que deberá contener como mínimo:*

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

1. Identificación del PSS o PTS contratado por la ERP.
2. Servicios que se prestan o tecnologías que se proveen en el marco del acuerdo de voluntades.
3. Lugar donde se prestan los servicios o se proveen las tecnologías en salud.
4. Indicadores de oportunidad para la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud y su nivel de cumplimiento.
5. Indicadores que den cuenta del nivel de satisfacción de los usuarios y su nivel de cumplimiento.
6. Indicadores de resultados en salud, cuando apliquen, y su nivel de cumplimiento.
7. Plazos fijados para prestar el servicio o proveer la tecnología de salud.

La publicación de la información debe ser agrupada, conforme a las directrices que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social, para las actividades de promoción y mantenimiento de la salud o para cada evento o condición en salud atendidos en el marco del acuerdo de voluntades, de manera que se facilite la consulta para el usuario. Además, debe permitir identificar el nivel de uso y el número de consultas de esta, su fecha de corte y, en el caso de las ERP, la comparación entre PSS o PTS contratados que realicen la misma prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1. En los casos de cambio de PSS o PTS para las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud, se deberá poner a disposición del usuario la información señalada en este artículo, con mínimo un (1) mes de antelación a la fecha de inicio de ejecución del acuerdo de voluntades por parte del nuevo PSS.

Parágrafo transitorio. La información a la que se refiere este artículo deberá estar dispuesta en la página web de la ERP, hasta tanto entre en funcionamiento el sistema de información de contratación que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de lo establecido en el artículo 4 de la Ley 1966 de 2019.

Artículo 2.5.3.4.3.2. Actualización de la información de contacto de la población objeto de atención: Es obligación de las ERP y los PSS o PTS mantener actualizados los datos de contacto de los usuarios, para ello, los PSS o PTS deberán actualizar los datos de contacto de los usuarios al momento de la atención e informar periódicamente a la ERP las novedades que se presenten, para que estas actualicen la base de datos de la población a su cargo, de conformidad con lo establecido en el parágrafo segundo del artículo 2.5.3.1.1. de este Decreto. En los acuerdos de voluntades se deberá incluir una cláusula en la que se determine la periodicidad en la que se actualizarán los datos y el mecanismo que las partes adopten para el efecto.

Artículo 2.5.3.4.3.3. Eliminación de barreras administrativas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud: De acuerdo con las modalidades de pago definidas en el acuerdo de voluntades, las partes deben optar por alguna de las siguientes alternativas, con el fin de eliminar las barreras de carácter administrativo para la atención de los usuarios:

- a) **Atención integral sin mediación de la autorización:** Para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, que hagan parte de una modalidad de pago donde se defina un conjunto de las mismas para la atención de un evento, condición en salud o conjunto de condiciones en salud relacionadas, el acuerdo de voluntades deberá incluir las precisiones técnicas y de pertinencia para cada una de ellas, con el fin de realizar la atención integral sin requerir la emisión de una autorización relacionada.

Lo anterior se debe garantizar de manera obligatoria para la atención del cáncer infantil, en cumplimiento del artículo 4 de la Ley 2026 de 2020, la gestión de eventos y condiciones en salud priorizados a través de la política pública y todos aquellos que en la legislación se disponga.

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

- b) **Autorización y garantía oportuna de la atención integral:** Para las demás modalidades de pago, en las que se requiera autorización para la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud, la ERP deberá garantizar un mecanismo expedito que facilite el trámite de la autorización y con ello se garantice la oportunidad en la atención y su integralidad, el cual deberá atender las disposiciones establecidas en los artículos 2.5.3.1.3, 2.5.3.1.4 y 2.5.3.2.7 de este Decreto.

El trámite de autorización de servicios y tecnologías en salud lo realizará directamente el PSS o PTS ante la ERP, quien atenderá la solicitud, sin que el usuario deba realizar dicho trámite, en los términos del artículo 105 del Decreto Ley 2106 de 2019 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Parágrafo: Para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud relacionados con la implementación de las Rutas Integrales de Atención Integral –RIAS que este Ministerio haya definido como de obligatorio cumplimiento, así como las priorizadas de acuerdo con la caracterización poblacional o el análisis de situación en salud por la ERP, debe implementarse el mecanismo de atención integral sin mediación de la autorización.

Artículo 2.5.3.4.3.4. Atención integral: Cuando en los acuerdos de voluntades se incluya la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud para la atención de un evento, condición en salud o conjunto de condiciones relacionadas, la ERP debe garantizar la continuidad del proceso de atención, que incluya la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, con uno o varios PSS o PTS, siguiendo los siguientes parámetros:

- a) En la red integral de prestadores y proveedores debe existir complementariedad de servicios y tecnologías en salud ofertados entre los prestadores de servicios y proveedores de tecnologías en salud.
- b) En la atención de las RIAS de obligatorio cumplimiento y aquellas priorizadas por la ERP, las consultas, toma de muestras y dispensación de medicamentos que hagan parte de la misma fase de prestación, deben garantizarse en el mismo lugar de atención.

En los acuerdos de voluntades debe constar la red integral a la que pertenecen los PSS o PTS, la complementariedad en servicios y tecnologías en salud y establecer los mecanismos para la coordinación entre estos y la ERP, de acuerdo con la población a atender y el lugar de prestación o provisión de servicios.

En todo caso, la ERP siempre deberá garantizar la prestación continua de todos los servicios y tecnologías en salud requeridos para la promoción y el mantenimiento de la salud, la atención de condiciones crónicas y de alto costo y la atención de eventos en salud, manteniendo la vigencia ininterrumpida de los acuerdos de voluntades requeridos para ello, aun que existan cambios de PSS o PTS.

Artículo 2.5.3.4.3.5. Adaptabilidad en la prestación de servicios: Cuando en los acuerdos de voluntades se incluya la atención de poblaciones que requieran un enfoque diferencial o se ejecuten en territorios con características que limiten el acceso a los servicios, se deberán incluir los aspectos de adaptabilidad requeridos para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud y se deberán contemplar las modalidades de prestación que se adapten a las características de la población o del territorio.

Artículo 2.5.3.4.3.6. Proceso de referencia y contrarreferencia para garantizar la atención integral de las necesidades en salud del afiliado: En atención a las disposiciones establecidas en el artículo 2.5.3.2.16 de este Decreto, se deberá garantizar que los respectivos procesos de diseño, organización y operación del sistema de referencia y contrarreferencia atiendan la integralidad del proceso de atención en salud del objeto

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

contractual, entendiéndose que este sistema deberá operar no solamente para los casos de urgencias, sino para todos los posibles eventos o situaciones en salud que se deriven del objeto contractual, en concordancia con lo establecido en el artículo 2.5.3.4.3.4. de este Decreto.

Artículo 2.5.3.4.3.7. Traslados de pacientes con condiciones crónicas o de alto costo: Cuando existan cambios en el PSS que realice la atención de pacientes con condiciones crónicas o de alto costo, la ERP deberá informar al afiliado dicho cambio, con una antelación mínima de noventa (90) días calendario, así como el prestador de servicios de salud que continuará con la prestación y sus canales de atención, y garantizar la continuidad en la prestación de servicios y tecnologías en salud, sin que se suspenda su tratamiento médico.

El PSS saliente deberá entregar a la ERP, por medios electrónicos y cumpliendo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, los datos de la epicrisis y los resultados de las ayudas diagnósticas más recientes, así como de los resultados confirmatorios de las condiciones en salud objeto del contrato, en caso de que dicha condición haya sido diagnosticada en ese PSS. Adicionalmente, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles después de la terminación del contrato, deberá entregar a la ERP la información correspondiente a los reportes de obligatorio cumplimiento de acuerdo con la estructura establecida en la normatividad vigente y los soportes que se requieran en el marco de los procesos de auditoría establecidos en los acuerdos de voluntades y aquellos definidos en la normatividad aplicable.

La información que reciba la ERP en virtud de lo establecido en el inciso anterior deberá ser entregada al nuevo PSS, con una antelación mínima de quince (15) días hábiles antes del inicio de la atención del usuario trasladado. En todo caso, esta información deberá ser actualizada con base en la última atención brindada al usuario.

El nuevo PSS deberá garantizar la continuidad del tratamiento y realizar la prestación, como mínimo, en las mismas condiciones de acceso, oportunidad y calidad en las que prestaba la atención el anterior PSS, para lo cual deberá informar a la ERP su capacidad instalada y los tiempos de adecuación para la recepción de pacientes sin traumatismos operativos o administrativos.

El traslado de pacientes deberá ser gradual, a través de un proceso concertado entre la ERP, el PSS saliente y el nuevo PSS, teniendo como criterio máximo los tiempos que cada usuario requiera en la continuidad de su proceso de atención.

Artículo 2.5.3.4.3.8 Terminación anticipada de contratos para la atención de condiciones crónicas o de alto costo: Con excepción de los contratos que terminen anticipadamente por la ocurrencia de cualquiera de los eventos referidos en el artículo 2.1.11.1 de este Decreto, cuando ocurra la terminación anticipada de un contrato que incluya la atención de condiciones crónicas o de alto costo, la ERP deberá informar de esta situación a la Superintendencia Nacional de Salud, con una antelación de al menos noventa (90) días calendario antes de la fecha en que se termine el contrato, soportando las razones que llevaron a esta decisión.

En el informe que presente la ERP a la Superintendencia Nacional de Salud, deberá incluirse la identificación del PSS que va a atender la población una vez termine el contrato al que se refiere el inciso anterior, demostrando la suficiencia de su capacidad instalada y los datos que respaldan su idoneidad técnica, que le permitan mantener o mejorar las condiciones de acceso, oportunidad y calidad en las que prestaba la atención el anterior PSS, las cuales en ningún caso podrán ser desmejoradas.

En todo caso, el traslado de los pacientes solo podrá realizarse hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud apruebe la novedad en la red habilitada de la ERP.

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

Artículo 2.5.3.4.3.9. Continuidad en la prestación de servicios y tecnologías de salud en las asignaciones de afiliados. En los casos de asignación de afiliados, reglamentados en el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2 de este Decreto, hasta tanto sea contratada la red integral de la EPS receptora en el municipio donde le fueron asignados los afiliados, se deberá continuar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el PSS que atendía a los usuarios antes de la fecha en que se haga efectiva la asignación, sin que se requiera la suscripción de un contrato con este, garantizando que la prestación se realice, como mínimo, en las mismas condiciones de acceso, oportunidad y calidad en las que se prestaba antes de la asignación y no podrá ser interrumpida por razones administrativas o económicas.

Salvo pacto en contrario, la EPS receptora le reconocerá al PSS las prestaciones bajo la modalidad de pago por evento y a la misma tarifa en que facturaba a la EPS anterior.

Sección 4. Seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades

Artículo 2.5.3.4.4.1. Indicadores: Para el seguimiento de los acuerdos de voluntades que se rigen por lo establecido en este Capítulo, se deberán incluir indicadores que den cuenta de:

- a) **La calidad de la atención:** En relación con la oportunidad para la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud, accesibilidad en la atención y seguridad del paciente y la experiencia de la atención al usuario en el marco de esta, de conformidad con lo establecido en el SOGCS.
- b) **La gestión:** Donde se pueda evidenciar el uso adecuado de servicios y tecnologías en salud y recursos por parte del prestador de servicios o proveedor de tecnologías en salud.
- c) **Los resultados en salud:** Incluyendo la intervención de riesgos en salud, el éxito terapéutico y la incidencia de complicaciones en el caso de las atenciones relacionadas con condiciones ya instauradas.

Se podrán pactar indicadores de estructura, proceso y resultado, de acuerdo con el contenido del acuerdo de voluntades, así como los demás que consideren las partes para el seguimiento de su ejecución.

El seguimiento de los indicadores deberá considerar su línea de base al momento de iniciar la ejecución del acuerdo de voluntades, y, en caso de prórrogas, los avances en su gestión durante el término ejecutado.

En caso de eventos imprevisibles, casos de fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud y el cumplimiento de los indicadores pactados, estos deberán ser ajustados de acuerdo con las nuevas condiciones y teniendo en cuenta su comportamiento histórico.

Artículo 2.5.3.4.4.2 Auditoría El modelo de auditoría que hace parte de los elementos de la negociación y del acuerdo de voluntades, debe cumplir como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio, que hacen parte del SOGCS.

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 los artículos 2.5.1.4.1 a 2.5.1.4.9 del presente decreto.

Los proveedores de tecnologías en salud que, en el marco de los acuerdos de voluntades que se rigen por este Capítulo, realicen procesos de auditoría deberán acogerse a lo previsto en el presente artículo.

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

Artículo 2.5.3.4.4.3. Auditoría de cuentas médicas: Las auditorías de las cuentas médicas serán realizadas con base en los soportes definidos en el artículo 2.5.3.4.5.1. del presente Decreto, con sujeción a los estándares establecidos en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a los términos señalados en el trámite de glosas establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, y de acuerdo con la información reportada y validada en el Registro Individual de Prestaciones de Salud al que hace referencia el artículo 2.5.3.1.6 de este Decreto.

Artículo 2.5.3.4.4.4. Acceso a la historia clínica: Para los efectos previstos en este Capítulo, el PSS o PTS deberá garantizar a la ERP el acceso a la historia clínica del usuario con el fin de facilitar los procesos de auditoría y seguimiento, quien deberá cumplir con las condiciones fijadas por el PSS o PTS en calidad de guarda y custodia de la historia clínica del paciente.

El tratamiento de los datos personales deberá realizarse de manera legal, lícita, confidencial y segura, dando estricto cumplimiento a las normas previstas en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias y la implementación de la historia clínica electrónica interoperable conforme a lo previsto en la Ley 2015 de 2020.

Artículo 2.5.3.4.4.5. Uso de la nota técnica para el monitoreo y evaluación de los acuerdos de voluntades: El acuerdo de voluntades incluirá el monitoreo y la evaluación periódica de la nota técnica para determinar su cumplimiento o desviación en cuanto a población susceptible, frecuencias y valores, con el fin de determinar la necesidad de ajustes en los mismos y mantener el equilibrio contractual.

Artículo 2.5.3.4.4.6. De los incentivos y pagos basados en valor en los acuerdos de voluntades: En los acuerdos de voluntades se podrá pactar el reconocimiento de incentivos de tipo económico o no económico por la mejoría, logro y mantenimiento de resultados de los indicadores pactados, eligiendo el mecanismo más conveniente para estimular la prestación y provisión de servicios y tecnologías basados en valor, de acuerdo con el objeto contractual.

Se deben considerar resultados en torno a los costos evitados, costo-efectividad, resultados en salud y la calidad de la atención, de acuerdo con el alcance definido en el objeto contractual.

Parágrafo: Una vez se implemente el mecanismo de pago por calidad y resultados en salud al que hace referencia el artículo 241 de la Ley 1955 de 2019, se deberán articular los incentivos pactados con los reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Sección 5. Facturas y glosas

Artículo 2.5.3.4.5.1. Soportes de las facturas. Los PSS y PTS deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas de venta con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que la ERP pueda exigir soportes adicionales. Los RIPS son soporte obligatorio para la presentación de la factura.

Artículo 2.5.3.4.5.2. Aceptación de la factura. La aceptación de la factura por parte de la ERP ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello al PSS o PTS, o de forma tácita si transcurridos los plazos que correspondan a cada etapa establecida en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, la ERP no formula y comunica al PSS las glosas o no se pronuncie sobre el levantamiento total o parcial de las mismas, una vez recibida la respuesta dentro de los términos.

Artículo 2.5.3.4.5.3. Aceptación de las glosas. La aceptación de las glosas por parte del PSS ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello a la ERP, o de forma

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

tácita si transcurridos los plazos que correspondan a cada etapa establecida en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el PSS no se pronuncie respecto de las glosas formuladas dentro de los términos allí definidos.

Artículo 2.5.3.4.5.4. Factura como Título Valor. A partir del momento en que la factura o las glosas son aceptadas expresa o tácitamente, según corresponda, se genera la obligación de pago contenida en la factura y constituirá un título valor exigible por los valores aceptados, previo cumplimiento de los demás requisitos establecidos en el Código de Comercio y en la normatividad aplicable.

Artículo 2.5.3.4.5.5. Acuerdos de voluntades suscritos con PTS. En los acuerdos de voluntades que se suscriban con PTS, en los que se haya pactado el trámite de glosas definido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, así como las normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan, las facturas emitidas se registrarán por lo establecido en esta Sección. En los demás casos, serán aplicables las normas establecidas en el Código de Comercio en relación con la factura.

Artículo 2.5.3.4.5.6. Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas. La denominación y codificación de las causas de devolución y glosa de las facturas, se realizará conforme al Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual es de obligatoria adopción en los acuerdos de voluntades en que las partes deban aplicar el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, así como aquellos en los que se haya pactado su aplicación.

Sección 6. Reconocimiento y pago

Artículo 2.5.3.4.6.1. Anticipos y avances. En las modalidades de pago diferentes al pago por capitación, se podrán acordar anticipos o avances superiores a los mínimos establecidos en la Ley, los cuales deberán ser objeto de legalizaciones periódicas durante la ejecución del contrato.

Las ERP y los PSS y PTS, deberán realizar mensualmente la conciliación contable de los anticipos o avances girados y recibidos de conformidad con la normativa vigente, así como su respectiva amortización.

El término para la legalización y amortización de los anticipos no podrá superar un (1) año a partir de su giro.

Artículo 2.5.3.4.6.2. Devoluciones y descuentos. Cuando la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, como resultado de las auditorías, ordene el reintegro de recursos por parte de la entidad promotora de salud (EPS) o entidad obligada a compensar (EOC), correspondientes a afiliados fallecidos, los prestadores de servicios o proveedores de tecnologías de salud deberán devolver proporcionalmente a la ERP los recursos recibidos, cuando la modalidad de pago corresponda a un valor per cápita para una población asignada.

Artículo 2.5.3.4.6.3 Reintegros de recursos al sistema por incumplimiento de coberturas. En el caso que, producto del trámite establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, se determine que el prestador de servicios de salud incumplió de forma injustificada las disposiciones normativas o contractuales que obligan a un mínimo de frecuencias per cápita por servicios y tecnologías en salud, la entidad responsable de pago podrá descontar el monto correspondiente para garantizar su cumplimiento a través de otro prestador de su red.

Si la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones, advierte que la entidad responsable de pago realizó el descuento y no garantizó la prestación y cobertura de estos servicios y tecnologías en la periodicidad definida en la norma aplicable, deberá

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

informar a la ADRES para que esta realice el procedimiento definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para el reintegro de estos recursos al SGSSS.

Artículo 2.5.3.4.6.4. Recaudo de pagos compartidos. Cuando en los acuerdos de voluntades se pacte el recaudo de copagos, cuotas moderadoras y de recuperación por parte de los prestadores de servicios de salud o los proveedores de tecnologías en 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 promotoras de salud o entidades adaptadas, en la medida en que este ingreso debe estar contabilizado en sus estados financieros.

Artículo 2.5.3.4.6.5. Detalle de pagos. En las modalidades de pago por capitación o aquellas en donde se pacten pagos anticipados sin contar con factura previamente radicada, la entidad responsable de pago, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la radicación de las facturas, deberá informar al prestador de servicios o proveedor de tecnologías en salud la respectiva amortización que deba realizar.

Para las modalidades de pago en las que no se contemplen anticipos previos a la radicación de la factura, la entidad responsable de pago dentro de los tres (3) días hábiles siguientes de efectuado el giro, deberá informar al prestador de servicios o proveedor de tecnologías en salud el detalle de facturas a las cuales corresponde el giro. Este detalle del pago realizado, directamente o a través de la ADRES, no puede ser objeto de modificación posterior.

En todo caso, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes de efectuado el giro, la ADRES deberá informar a los PSS y PTS la relación de todos los pagos realizados.

Artículo 2.5.3.4.6.6. Reconocimiento de intereses moratorios por incumplimiento de los plazos de pago. Cuando la Entidad Responsable de Pago no cumpla con los plazos de pago establecidos en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007, 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011 y 3 de la Ley 2024 de 2020, según corresponda, deberá pagar intereses de mora al prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías de salud, liquidados de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.

Artículo 2.5.3.4.6.7. Aplicación de pagos en glosas aceptadas e intereses moratorios. Cuando la glosa formulada haya sido aceptada, expresa o tácitamente, por el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías de salud, y se haya pagado un valor por los servicios glosados, dicho valor será descontado en facturas posteriores.

De no presentarse facturas posteriores, la entidad responsable de pago tendrá derecho a la devolución del valor pagado, actualizado conforme al Índice de Precio al Consumidor - IPC publicado por el DANE, desde la fecha en la que se realizó el giro al prestador de servicios o proveedor de tecnologías de salud y hasta la fecha de notificación del cobro del valor a devolver, momento a partir del cual se causarán intereses moratorios, liquidados de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.

Artículo 2.5.3.4.6.8. Reconocimientos económicos ante acciones dilatorias frente al flujo de recursos. Sin perjuicio de las sanciones que pueda imponer la Superintendencia Nacional de Salud, en los casos que ocurra cualquiera de los eventos enunciados a continuación, la ERP deberá reconocer y pagar al PSS o PTS un valor diario equivalente al monto máximo de la tasa de usura, conforme a la certificación del interés bancario corriente que expida la Superintendencia Financiera, liquidado de conformidad con las siguientes reglas:

1. Cuando se evidencien devoluciones y/o glosas injustificadas o inexistentes formuladas por la ERP en aplicación del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el reconocimiento económico se liquidará con base en el valor devuelto o glosado sobre

Continuación del decreto: "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

el cual se presentó dicha situación, desde el momento en que se comunicó la devolución o glosa hasta el día en que se haga efectivo el pago del valor glosado.

2. *Cuando la entidad responsable de pago, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes de efectuado el giro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.5.3.4.6.5. del presente Decreto, no informe al prestador de servicios o proveedor de tecnologías de salud el detalle de facturas a las cuales corresponde el pago, el reconocimiento económico se liquidará con base en los valores no detallados, hasta el día en que dicha situación se subsane.*
3. *Cuando la entidad responsable de pago modifique la relación de facturas que fueron objeto de giro, inicialmente reportada al prestador de servicios o proveedor de tecnologías de salud, el reconocimiento económico se liquidará con base en el valor pagado de las facturas que presentaron dicha modificación, desde el momento en que se efectuó el cambio hasta el día en que corrija la relación de la factura y quede tal y como fue informada inicialmente al PSS o PTS.*

En todo caso y dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que ocurra cualquiera de los eventos señalados anteriormente, el prestador de servicios de salud o el proveedor de tecnologías de salud, según corresponda, deberá informar de ello a la Superintendencia Nacional de Salud.

Los reconocimientos económicos que se causen deberán ser pagados en el mismo término que se tiene para pagar las glosas levantadas, de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

En caso de controversia sobre el hecho que origina el reconocimiento económico o su liquidación, las partes deberán acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud o ante la justicia ordinaria para dirimir la misma.

Sección 7. Duración, renovación automática y liquidación de los acuerdos de voluntades

Artículo 2.5.3.4.7.1. Duración y renovación automática de los acuerdos de voluntades. *En los acuerdos de voluntades se deberá acordar e identificar plenamente su plazo de duración y se podrá pactar su renovación automática.*

Si el plazo del acuerdo de voluntades supera el término de una o más vigencias o si ocurre su renovación automática, los valores acordados deberán incrementarse como mínimo en los porcentajes de actualización integral y de incrementos para recuperar y mantener el valor adquisitivo de la UPC determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social en cada vigencia.

Artículo 2.5.3.4.7.2. Liquidación de los acuerdos de voluntades. *Los acuerdos de voluntades que se rijan por lo establecido en este Capítulo deberán ser liquidados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la fecha de su terminación y se deberá elaborar un acta en la que quede constancia del seguimiento de la ejecución contractual y el nivel de cumplimiento final de las obligaciones asumidas por cada parte, así como de los indicadores acordados y de la nota técnica, en los casos que aplique.*

Sección 8. Disposiciones finales

Artículo 2.5.3.4.8.1. Reporte y disponibilidad de información. *El reporte de la información a cargo de las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías de salud, relacionado con los acuerdos de voluntades, se realizará de acuerdo con lo definido 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 780 de 2016, que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud”*

Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías de salud, están obligados a reportar y 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.

La información reportada e integrada en el sistema determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social será insumo para que todos los actores del SGSSS ejerzan sus funciones y competencias.

Artículo 2.5.3.4.8.2. Inspección, vigilancia y control. *La Superintendencia Nacional de Salud adelantará las acciones de inspección, vigilancia y control de acuerdo con sus competencias respecto al cumplimiento de lo establecido en el presente capítulo y en caso de incumplimiento normativo adelantará las actuaciones que sean necesarias frente a las conductas o infracciones; para el efecto hará uso del sistema de información determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019.*

Parágrafo transitorio. *Hasta tanto entre en funcionamiento el sistema de información que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de lo establecido en los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019, la Superintendencia Nacional de Salud podrá determinar la herramienta para solicitar información y realizar el seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el presente Capítulo.*

Artículo 2. Transitoriedad. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías de salud, deberán implementar las disposiciones del presente Decreto a partir del 1 de enero de 2022.

Los contratos que se encuentren en curso continuarán sujetos a las condiciones establecidas en estos y tendrán hasta el 1 de enero de 2022 para ajustarse a lo dispuesto en el presente Decreto. El incumplimiento de esta obligación será objeto de sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C., a los

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social