

DECRETO 46 DE 2000

(enero 19)

Diario Oficial No 43.882, del 7 de febrero de 2000

MINISTERIO DE SALUD

Por el cual se adiciona el decreto número 882 de 1998, sobre margen de solvencia, se modifica el artículo 4o. del Decreto 723 de 1997, los artículos 2o. y 19 del Decreto 1804 de 1999 y se dictan otras disposiciones para garantizar la correcta aplicación y destino de los recursos del sistema de seguridad social en salud.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y por los artículos 154, 180 numeral 5o., 183 parágrafo 1o. y 230 parágrafo 1o. de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

ARTICULO 1o. CORRECTA APLICACION DE LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. <Artículo derogado por el artículo 52 del Decreto 50 de 2003>

ARTICULO 2o. OPERACIONES CON ENTIDADES SUBORDINADAS. <Artículo derogado por el artículo 52 del Decreto 50 de 2003>

ARTICULO 3o. FLUJO DE RECURSOS HACIA LA RED DE PRESTADORES. <Artículo derogado por el artículo 52 del Decreto 50 de 2003>

ARTICULO 4o. GIRO SIN SITUACION DE FONDOS. <Artículo derogado por el artículo 52 del Decreto 50 de 2003>

ARTICULO 5o. GIRO DE LA SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA (FOSYGA) Y REQUISITOS PREVIOS. <Artículo derogado por el artículo 52 del Decreto 50 de 2003>

ARTICULO 6o. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CONTRATADAS POR CAPITACION. <Artículo derogado por el artículo 52 del Decreto 50 de 2003>

ARTICULO 7o. AUTORIZACION CAPACIDAD DE AFILIACION. <Artículo derogado por el artículo 7 del Decreto 506 de 2005>

ARTICULO 8o. Modifícase el artículo 4o. del Decreto 723 de 1997, el cual quedará así:

"Artículo 4o. Pago a las instituciones prestadoras de servicios de salud y pago de objeciones. Las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza como entidades sujetas a lo previsto en el Decreto 723 de 1997, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades que administren planes adicionales, las entidades que administren recursos del seguro obligatorio de tránsito y las demás que administren recursos de la seguridad social, deberán cancelar íntegramente la parte de las cuentas que no hubieran sido glosadas, en los términos contractuales, como condición necesaria para que la institución prestadora de servicios de salud esté obligada a tramitar y dar alcance a las respectivas glosas formuladas de la cuenta, siempre que la factura cumpla con las normas establecidas por la Dirección de Impuestos Nacionales. Se considera práctica no autorizada la devolución de una cuenta de cobro o factura de servicios sin el correspondiente pago de la parte no glosada, en los términos contractuales. La fecha de radicación de la factura debe corresponder a la fecha en la que esta se presentó por primera vez, ajustada a los requisitos formales antes mencionados, a partir de esta fecha correrán los términos establecidos en el Decreto 723 de 1997 para aceptar o glosar las facturas.

La radicación de la factura no implica la aceptación de la misma.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar ante las entidades promotoras de salud y demás a que aluden el inciso anterior, las glosas debidamente fundamentadas, dentro de los veinte (20) días siguientes a su comunicación formal. El saldo frente a las correspondientes glosas será cancelado en la medida en que estas sean aclaradas.

PARAGRAFO 1o. <Parágrafo derogado por el artículo **52** del Decreto 50 de 2003>

PARAGRAFO 2o. Las disposiciones establecidas en el Decreto 723 de 1997, aplicarán a las entidades que deban administrar recursos de la seguridad social y deban cancelar en su relación contractual o legal, obligaciones a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

PARAGRAFO 3o. Las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado y entidades que administren planes adicionales, deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, durante 20 días del mes, incluido el mes de diciembre.

PARAGRAFO 4o. <Parágrafo modificado por el artículo **5** del Decreto 783 de 2000. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes de medicina prepagada y planes complementarios, deberán constituir una provisión sobre el ciento por ciento de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados hasta por un plazo de cinco (5) meses, fecha a partir de la cual se desmontará la provisión, en caso de no existir la correspondiente factura de cobro. La provisión, la cual tendrá plenos efectos contables, fiscales y tributarios se constituirá dentro del mes siguiente a que se emita la autorización y se llevará al costo médico. Esta provisión deberá estar plenamente constituida al 1o. de diciembre del año 2000, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1o. de febrero del mismo año. De esta forma, las

entidades deberán afectar su estado de pérdidas y ganancias con la constitución y reversión de provisiones en los términos expuestos. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales de que trata este artículo, podrán utilizar en forma alternativa instrumentos técnicos para el cálculo de la provisión debidamente aprobados por la revisoría fiscal que reflejen en forma plena el criterio expuesto en este párrafo, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

Las entidades de medicina prepagada deberán acreditar el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998 y ajustarse a la provisión consagrada en el presente artículo.

PARAGRAFO 5o. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales, deberán adelantar una revisión íntegra de la cuenta, antes de proceder a sus glosas.

PARAGRAFO 6o. Las autorizaciones que emita la entidad promotora de salud o entidad que administre planes adicionales son de su plena responsabilidad frente al período que se emite, sin que sean procedentes correcciones retroactivos que afecten a la institución prestadora frente a servicios prestados.

PARAGRAFO 7o. Las entidades promotoras de salud que autoricen la atención hospitalaria de un usuario, son responsables del pago de la cuenta mientras el usuario deba permanecer hospitalizado como consecuencia de la respectiva autorización. En el evento en que durante el proceso de atención hospitalaria derivada de la autorización otorgada por la Entidad Promotora de Salud, el empleador deje de cumplir con su obligación de cotizar, la entidad promotora de salud no podrá eludir el pago de sus obligaciones contraídas frente a la institución prestadora de servicios de salud o trasladar a la Institución Prestadora de Servicios de Salud la responsabilidad de cobro al empleador. La entidad promotora de salud tendrá acción de repetición conforme las disposiciones legales. En ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por parte de la Entidad Promotora de Salud con fecha anterior a la establecida en la autorización expedida por la entidad Promotora de Salud, sin perjuicio de las normas especiales en materia de atención inicial de urgencias".

ARTICULO 9o. Modifícase el artículo 2o. del Decreto 1804 de 1999, el cual quedará así:

"Artículo 2o. Con el fin de garantizar la accesibilidad de los afiliados a los servicios de salud, las entidades que administran el régimen subsidiado deberán contratar prioritariamente con la red del ente departamental en donde se encuentra ubicado el afiliado. De igual manera y una vez girados los recursos correspondientes a la UPCS por parte del ente territorial se priorizará el pago de las obligaciones contraídas con las instituciones que atienden a la población por la cual se recibe el recurso.

PARAGRAFO. Lo dispuesto en el presente artículo no aplicará cuando en el ente departamental no se disponga de oferta de servicios suficiente en los niveles de

complejidad necesarios de acuerdo con los contenidos del POS-S; cuando la no contratación obedezca a la baja calidad en la prestación de servicios o cuando por razones geográficas con el fin de garantizar la atención oportuna a los usuarios deba utilizarse la red prestadora ubicada en otro departamento por ser más cercana. Cuando se dé alguna de las circunstancias previstas en este párrafo las entidades territoriales y las ARS deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que verifique los hechos y de no encontrarlos ajustados a las normas, aplique los correctivos o sanciones correspondientes".

ARTICULO 10. El artículo **19**, del Decreto 1804 de 1999, quedará así:

"Artículo 19. Para efecto de los pagos a cargo de las entidades integrantes del sistema de Seguridad Social en Salud frente a los entes territoriales, cuando exista la correspondiente obligación conforme las disposiciones constitucionales y legales, se entiende por ingreso bruto, el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación, cotizaciones y demás ingresos, conforme la naturaleza y clase de la entidad, que se tengan asignados como gasto administrativo promedio, fijándose para efecto de este artículo el 20% de los ingresos totales de la entidad".

ARTICULO 11. DE LA VIGENCIA. El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Fe de Bogotá, D. C., a 19 de enero de 2000

ANDRES PASTRANA ARANGO

JUAN CAMILO RESTREPO SALAZAR
El Ministro de Hacienda y Crédito Público

VIRGILIO GALVIS RAMIREZ
El Ministro de Salud

