

RESOLUCIÓN 4331 DE 2012

(Diciembre 19)

Diario Oficial No. 48.651 de 21 de diciembre de 2012

<Análisis jurídico en proceso>

Ministerio de Salud y Protección Social

Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009.

El Ministro de Salud y Protección Social,

en ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en los artículos 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 25 y 28 del Decreto número 4747 de 2007 y el artículo 120 de Decreto-ley número 019 de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con lo previsto en el Decreto número 4747 de 2007, el entonces Ministerio de la Protección Social, expidió la Resolución número 3047 de 2008, adoptando entre otros, los formatos y procedimientos para la autorización de servicios de salud y el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas a que deben sujetarse las relaciones entre las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud.

Que la Ley 1438 de 2011 estableció en su artículo 57 el trámite que han de seguir las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos servicios, cuando las primeras glosen las facturas a tales prestadores, contemplando condiciones adicionales a las previstas en el Decreto número 4747 de 2007.

Que el artículo 120 del Decreto-ley número 019 de 2012, señaló que tratándose de la atención ambulatoria, con internación, domiciliaria, de urgencias e inicial de urgencias, el trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS, ante la Entidad Promotora de Salud - EPS, por lo que se hace necesario modificar algunos de los formatos y procedimientos adoptados mediante la Resolución número 3047 de 2008, de manera tal que se simplifiquen los trámites por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como dictar disposiciones inherentes a las relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Modifíquese el Formato Único de Autorización de Servicios de Salud, definido en el Anexo Técnico número 4 de la Resolución número 3047 de 2008, el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución y

adiciónense los formatos estandarizados de referencia y contrarreferencia de pacientes y el contenido de los avisos que obligatoriamente deben publicar las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, establecidos en los anexo 9,10 y 11, los cuales hacen parte integral de la presente resolución.

Artículo 2°. Modifíquese el artículo 7° de la Resolución número 3047 de 2008, modificado por el artículo 2° de la Resolución número 416 de 2009, el cual quedará así:

“Artículo 7°. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios electivos. Para la respuesta de autorización de servicios electivos de que trata el artículo 16 del Decreto número 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 4 de la presente resolución. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:

1. La respuesta positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios electivos deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad responsable del pago, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud en el Formato Único de Autorización. En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de la entidad responsable del pago dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.

2. En caso de ser positiva la respuesta, la entidad responsable del pago contactará telefónicamente al usuario quien deberá seleccionar el prestador de su elección dentro de las posibilidades de la red; la entidad responsable del pago concertará con el usuario la fecha y hora de la cita, o le informará el número telefónico del prestador seleccionado para que el usuario directamente concerte la fecha y hora, así mismo le informará el valor del pago compartido.

3. En caso de que la respuesta sea negativa, la Entidad Responsable del Pago deberá diligenciar y enviar el formato único de negación de servicios establecido en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y adicionalmente, diligenciar el registro de negación de servicios definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Las entidades responsables del pago no podrán trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de autorización de servicios electivos. Excepcionalmente, en el caso de necesidad de información adicional, la entidad responsable del pago se comunicará con el prestador de servicios de salud solicitante de la autorización, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud para los servicios prioritarios y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes en el caso de servicios no prioritarios. El prestador deberá dar respuesta a dicha solicitud, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios prioritarios y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios no prioritarios. Estos términos sin perjuicio de los establecidos en el numeral 1 del presente artículo”.

Artículo 3°. Modifíquese el párrafo del artículo 10 de la Resolución número 3047 de 2008, el cual quedará así:

“Parágrafo. *El debido soporte de los intentos de envío de mensajes de datos de que trata la presente resolución se realizará con sujeción a lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.*

Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, no podrán exigir que la información contenida en los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1, 2, 3, 4, 9 y 10, sea digitada en determinado aplicativo informático.

Los aplicativos informáticos con que cuenten las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, deben poder generar y recibir los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1, 2, 3, 4, 9 y 10 en archivos XML.

Si alguna de las dos partes carece de los desarrollos tecnológicos para la generación automática de los referidos formatos, y expresamente así lo acuerdan, los reportes de información pertinentes podrán realizarse mediante la digitación de la información en el aplicativo de que disponga la otra entidad”.

Artículo 4°. Modifíquese el artículo 12 de la Resolución número 3047 de 2008, el cual quedará así:

“Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. *Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto número 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico número 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos – CUM –, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC”.*

Artículo 5°. Adiciónense los códigos específicos y el Manual de Uso, establecidos en la Tabla número 3 Código de Glosas del Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, contenida en el Anexo Técnico número 6 de la Resolución número 3047 de 2008, así:

Tabla número 3 Código de Glosa

(...)

Soportes		
3	06	Materiales
Autorización		
4	03	Autorización honorarios médicos en procedimientos

<i>Devoluciones</i>		
8	22	<i>Respuesta a glosa o devolución extemporánea</i>
<i>Respuesta a Glosa o Devoluciones</i>		
9	95	<i>Glosa o devolución extemporánea</i>

(...)

Manual de uso

3. Soportes		
306	<i>Materiales</i>	<i>Aplica cuando en la descripción quirúrgica no se registran los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico.</i>

4. Autorizaciones		
403	<i>Autorización honorarios médicos en procedimientos</i>	<i>Aplica cuando la entidad responsable del pago emitió autorización directamente al profesional para la ejecución del procedimiento y la Institución Prestadora de Servicios de Salud está facturando a su nombre estos honorarios.</i>

8. Devoluciones		
822	<i>Respuesta a glosa o devolución extemporánea</i>	<i>Aplica cuando la respuesta a la glosa se presenta por fuera de los términos legales.</i>
849	<i>Factura no cumple requisitos legales</i>	<i>Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumple con alguno de los requisitos legales, o cuando no se identifique en los medicamentos no incluidos el Plan Obligatorio de Salud (POS) el código CUM, emitido por el INVIMA con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC</i>

9. Respuestas a glosas y devoluciones		
995	<i>Glosa o devolución extemporánea</i>	<i>Aplica cuando la entidad responsable del pago comunica la glosa o devolución por fuera de los términos legales.</i>

Artículo 6°. Modifíquese la longitud de la variable 60 “Justificación Clínica” a que refiere el Formato de Estándares de Datos para los anexos 1, 2, 3 y 4 contenida en el Anexo Técnico número 7 de la Resolución número 3047 de 2008, la cual quedará así:

Número	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor Permitido	
		<i>Informe de posibles</i>	<i>Informe de la</i>	<i>Solicitud de autorización</i>	<i>Autorización de servicios</i>				

		<i>inconsistencias en la base de datos</i>	<i>atención inicial de urgencias</i>	<i>de servicios de salud</i>					
60	<i>Justificación clínica</i>	x	500	A					

Artículo 7°. Modifíquese la estructura de reporte de información para el registro conjunto de trazabilidad de la factura, Anexo Técnico número 8, el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 8°. Las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos servicios, podrán acordar los servicios respecto de los cuales no se requiere autorización. Para los demás casos, o en los casos de prestación sin contrato, las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos servicios, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 120 del Decreto-ley número 019 de 2012, deberán utilizar los siguientes formatos:

- a) Para la solicitud de la autorización: El Formato definido en el Anexo Técnico número 3 de la Resolución número 3047 de 2008.
- b) Para la autorización (respuesta): El Formato definido en el Anexo Técnico número 4 de la Resolución número 3047 de 2008 modificada por el artículo 1° de la presente resolución.

Parágrafo 1°. En los eventos en que se requiera autorización, la solicitud y respuesta deberá tramitarse de forma previa a la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de que ante la no respuesta dentro de los términos establecidos en el artículo 14 del Decreto número 4747 de 2007, se considere que el servicio posterior a la atención inicial de urgencias ha sido autorizado.

Parágrafo 2°. El prestador receptor no podrá negarse a recibir al paciente remitido una vez haya aceptado su remisión. La constancia de remisión deberá diligenciarse en el campo “Información de la Persona de la IPS receptora que acepta recibir al paciente”, señalado en el Formato Único de Autorización de Servicios contenido en el Anexo Técnico número 4 de la Resolución número 3047 de 2008 modificado por el artículo 1° de la presente resolución.

Parágrafo 3°. En caso de que el prestador receptor se niegue a recibir al paciente, la entidad responsable del pago pondrá en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud el hecho para que se adelante el proceso sancionatorio, de conformidad con la normatividad vigente.

Artículo 9°. Los procesos de referencia y contrarreferencia de que trata el artículo 17 del Decreto número 4747 de 2007, deberán efectuarse de conformidad con lo señalado en los Formatos Estándares de Referencia y Contrarreferencia de pacientes contenidos en los Anexos Técnicos número 9 y 10 que hacen parte integral de la presente resolución.

Cuando el servicio requerido deba ser prestado por otro prestador, el formato de referencia de pacientes contenido en el Anexo Técnico número 9 que hace parte integral de la presente resolución, será suficiente como solicitud de autorización y reemplaza el Anexo Técnico número 3 de la Resolución número 3047 de 2008.

Parágrafo 1°. Cuando el paciente atendido en el servicio de urgencias u hospitalización, requiera remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, dicho prestador, deberá informar de ello al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del respectivo ente territorial, o a quien haga sus veces, diligenciando el formato estandarizado de referencia contenido en el Anexo Técnico número 9 que hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo 2°. Cuando el prestador que recibió un paciente remitido para atención o complementación diagnóstica de carácter ambulatorio, considere que este puede continuar su manejo en el prestador remitente, deberá diligenciar el formato estandarizado de contrarreferencia de pacientes contenido en el Anexo Técnico número 10 que hace parte integral de la presente resolución. Tratándose de remisiones que impliquen servicios hospitalarios, se contrarremite únicamente con la copia de la epicrisis.

Artículo 10. Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos (2) meses, contado a partir de su fecha de emisión. Para los casos que se mencionen a continuación se establecen las siguientes reglas:

1. Las fórmulas de medicamentos tendrán una vigencia no inferior a un (1) mes, contado a partir de la fecha de su expedición y no requieren autorización adicional, excepto aquellos que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.
2. Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico, las entidades responsables de pago garantizarán la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a 90 días con entregas no inferiores a un (1) mes.
3. Las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia de pacientes con cáncer que sigan guías o protocolos acordados, se harán una única vez para todos los ciclos incluidos en la guía o protocolo. Para aquellos casos en que el oncólogo tratante prescriba la quimioterapia o radioterapia por fuera de las guías o protocolos acordados, la autorización deberá cubrir como mínimo los ciclos a realizar durante los siguientes seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la solicitud de autorización.
4. La autorización de oxígeno domiciliario para pacientes con patologías crónicas, se expedirá una única vez y solo podrá ser desautorizada cuando el médico tratante disponga que este no se requiere.

Artículo 11. Las entidades responsables del pago de servicios y los prestadores de servicios de salud, deberán publicar obligatoriamente en cada punto de atención, avisos tipo cartel o similares, información relacionada con los diferentes trámites que han sido objeto de simplificación, así como indicaciones orientadas al respeto de los derechos de los usuarios.

El contenido de los mismos será el establecido en el Anexo Técnico número 11 que hace parte integral de la presente resolución. Las Direcciones Territoriales de Salud verificarán el cumplimiento de esta disposición.

Artículo 12. Con el objeto de que las entidades responsables del pago de servicios y los prestadores de servicios de salud, realicen los ajustes a sus procedimientos y sistemas de información, las disposiciones contenidas en la presente resolución entrarán a regir a los sesenta (60) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de publicación de la presente resolución.

Artículo 13. Para efectos de control contable las partes podrán acordar que, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al egreso del usuario, se efectúe el envío electrónico de la factura o, si ella no estuviese emitida, del detalle de cargos.

Artículo 14. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los artículos 7º, 10 y 12 de la Resolución número 3047 de 2008, así como los Anexos Técnicos 4, 6, 7 y 8 de la mencionada resolución.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 19 de diciembre de 2012.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.