



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO

DE 2018

()

Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016, Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2.

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; el artículo 154 de la Ley 100 de 1993 y el párrafo del artículo 2.6.1.4.2.4 del Decreto 780 de 2016

CONSIDERANDO

Que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en forma integral y para ello le corresponde adoptar la regulación y políticas - entre otros - para garantizar el flujo de recursos con el fin de que se atiendan de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.

Que mediante el Decreto 2423 de 1996, modificado por el artículo 1 del Decreto 887 de 2001, el Gobierno Nacional determinó la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y por las entidades privadas, en la atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el entonces competente Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS y también, en la atención inicial de urgencias cuando no hay acuerdo entre las partes.

Que el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Salud compiló en su Anexo Técnico 1, el Manual Tarifario definido en el Decreto 2423 de 1996 (al cual derogó).

Que de conformidad con el artículo 26 del Decreto 2560 de 2012 en consonancia con el artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, modificado y adicionado por el Decreto 2562 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social es competente para establecer y actualizar el sistema de tarifas de los procedimientos e intervenciones en salud, que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que incluya los honorarios profesionales.

Que el párrafo del artículo 2.6.1.4.2.4 del Decreto 780 de 2016, determina que le compete al Gobierno Nacional actualizar y ajustar el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 de dicho acto administrativo.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

Que la dinámica propia del aseguramiento en salud y la prestación de los servicios de salud que este demanda debe estar acorde con los avances científicos de la práctica clínica.

Que la codificación de los procedimientos e intervenciones incluidos en el Manual Tarifario, debe corresponder a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, establecida por este Ministerio con la Resolución 5171 de 2017.

Que en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1. Sustitúyase el Anexo Técnico 1 del Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social – MANUAL DE RÉGIMEN TARIFARIO, así:

“MANUAL DE RÉGIMEN TARIFARIO

1. GENERALIDADES

1.1 CAMPO DE APLICACIÓN. El Manual de Régimen Tarifario del presente Decreto será de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza, si no hay acuerdo entre las partes. Los contratos para la prestación de otros servicios de salud por parte de las instituciones prestadoras servicios de salud, tanto públicas o privadas, se pagarán de acuerdo con las tarifas acordadas, para lo cual se tendrán como referencia las establecidas en el presente decreto.

1.2. ALCANCE. Este Manual es un instrumento que hace parte de los mecanismos de protección del derecho a la salud y define las tarifas para el reconocimiento de los servicios a los que se refiere el artículo 1º del presente Decreto. El suministro de dichos servicios debe realizarse con sujeción al cumplimiento y mantenimiento de los estándares de las Condiciones Tecnológicas y Científicas del Sistema Único de Habilitación, definido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin que la alusión de tales disposiciones al interior del presente Manual constituya una limitación a los contenidos o coberturas de los servicios tarifados.

Tampoco define los contenidos de ningún plan de beneficios en salud, sino que establece las tarifas aplicables a todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud del campo de aplicación del numeral 1.1.

1.3 ESTRUCTURA. La estructura de este Manual, para efectos de su organización, identificación, registro y reporte de procedimientos, está definida en relación con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social sin que esta defina contenidos tarifarios.

1.4 ANEXOS. Este manual contiene dos (2) tablas que hacen parte integral del mismo y cuya aplicación es de carácter obligatorio para la facturación de los servicios de que trata el presente Decreto. Estas son: Tabla 1 “Listado de procedimientos en Salud” y Tabla 2

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

"Tabla de Liquidación", las cuales podrán ser actualizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con las modificaciones y actualizaciones periódicas de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS-, la innovación tecnológica, la dinámica del mercado sectorial y las tendencias de costos en la prestación de los servicios de salud.

Dicha actualización podrá ser general, a través de la información de prestación de servicios reportada para el Estudio de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación, o mediante revisiones puntuales con aplicación de la Metodología de Calificación de Procedimientos en Salud, que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.

1.5 DEFINICIONES. Para facilitar la aplicación de este Manual, además de las definiciones contenidas en la normatividad que regula el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se establecen las siguientes:

1.5.1. ACCESORIO: Elemento reutilizable o no, destinado especialmente por el fabricante para ser empleado en forma conjunta con un dispositivo médico, a fin de que este último, pueda ser usado de conformidad con la finalidad prevista para el mismo por su fabricante.

1.5.2 ATENCIÓN CON INTERNACIÓN: Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas, en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

1.5.3 ATENCIÓN DE URGENCIAS: Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

1.5.4 ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS: Todas las actividades, procedimientos e intervenciones, realizadas a una persona con patología de urgencia, necesarias para la estabilización de sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que la asume, al tenor de los principios éticos y las normas que determinen las acciones y el comportamiento del personal de salud.

1.5.5 ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: Se define como el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica pre hospitalaria encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial, que puede incluir acciones de salvamento y rescate.

1.5.6 CIRUGÍAS ADICIONALES: se entienden como tales aquellos procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos que se practican en el mismo acto quirúrgico en el que se practica una cirugía mayor, de manera independiente a la vía de acceso o especialidad que requieran. Por lo general revisten de menor complejidad respecto al procedimiento considerado como cirugía mayor y su grupo quirúrgico es inferior.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

1.5.7 CIRUGÍA DE URGENCIAS: Procedimiento o intervención quirúrgica para salvar la vida o la capacidad funcional del individuo, realizada dentro de las primeras 24 horas de la indicación de la misma.

1.5.8 CIRUGÍA ELECTIVA: Procedimiento o intervención quirúrgica no requerida por el equipo médico como cirugía de urgencias, y que puede ser programado con anticipación.

1.5.9 CIRUGÍA MAYOR: se entiende aquel procedimiento quirúrgico complejo y de mayor riesgo (que implica la incisión, la manipulación o la sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o anestesia general o sedación profunda para controlar el dolor), y que entre los múltiples realizados en un mismo acto quirúrgico, por igual o diferente vía de acceso, está calificada en este Manual con el mayor grupo quirúrgico.

1.5.10 CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA O FUNCIONAL: procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos o tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

1.5.11 CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO: es aquella en la que el paciente es atendido durante el año para hacer un control de su estado de salud, después de haber seguido el tratamiento indicado en la consulta de primera vez, o para confirmar o descartar el diagnóstico con los resultados de las ayudas diagnósticas realizadas.

1.5.12 CONSULTA DE PRIMERA VEZ: es aquella en la que se realiza una valoración general del usuario desde el punto de vista de la disciplina consultada por primera vez en el año, para iniciar un tratamiento.

1.5.13 DISPOSITIVO MÉDICO: Se refiere a cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación.

1.5.14 EQUIPO INTERDISCIPLINARIO: Es el conformado como mínimo por tres profesionales y/o técnicos del área de la salud.

1.5.15 EXAMEN ODONTOLÓGICO DE PRIMERA VEZ: Es la actividad clínica que incluye un diagnóstico sobre el sistema estomatognático, la identificación de la placa bacteriana y el plan integral del tratamiento.

1.5.16 GRUPO QUIRÚRGICO: Es la calificación relativa dada a un procedimiento quirúrgico, que al aplicarle el factor de conversión establecido, determina el valor de los servicios profesionales, los derechos de sala y los materiales de sutura, curación y elementos básicos, requeridos en su práctica.

1.5.17 HABITACIÓN BIPERSONAL (2 CAMAS): Es la que está individualizada con muros y el servicio de lavado y cuarto de aseo está integrado a la habitación, para uso exclusivo de los pacientes que en ella se hospitalicen o compartida máximo con otra habitación del mismo tipo o de una cama. En ese caso, la habitación individual clasifica como bipersonal.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

1.5.18 HABITACIÓN DE CUATRO (4) O MÁS CAMAS: Es aquella en que las camas están dentro de una misma área sin ningún tipo de división o individualizadas por cancel, cortina o cualquier otro medio. El servicio de lavado y cuarto de aseo está localizado dentro del área de la habitación o aledaño para uso exclusivo o compartido con otras habitaciones.

1.5.19 HABITACIÓN DE TRES (3) CAMAS: Es aquella en que las camas están localizadas dentro de una misma área, sin ningún tipo de división o individualizadas por cancel, cortina o cualquier otro medio. El servicio de lavado y cuarto de aseo está localizado dentro del área de la habitación o aledaño para uso exclusivo o compartido con otra habitación hasta de tres (3) camas.

1.5.20 HABITACIÓN UNIPERSONAL: Es la individualizada, que dentro de su área locativa dispone de lavado y cuarto de aseo, para uso exclusivo del paciente.

1.5.21 INTERCONSULTA: es el acto mediante el cual un especialista u otro profesional de la salud a solicitud del médico (general o especialista), emite una opinión diagnóstica o terapéutica sobre la conducta a seguir con un paciente, sin asumir la responsabilidad directa sobre su manejo, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.

1.5.22 INTERVENCIÓN EN SALUD: Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

1.5.23 INTERVENCIÓN BILATERAL: se refiere a aquella que se efectúa por parte del mismo profesional en el mismo acto quirúrgico en órganos, regiones o estructuras anatómicas pares, para los casos relacionados en el numeral 2.1.8.

1.5.24 INTERVENCIÓN MÚLTIPLE: es aquella en la que se realizan varios procedimientos al paciente en un mismo acto, por parte de un profesional de la misma o de distinta especialidad, en la misma o diferentes regiones operatorias y a través de una o varias vía de acceso.

1.5.25 PROCEDIMIENTO CRUENTO: se entiende como aquel que se realiza a través de orificios artificiales realizados intencionalmente por el profesional de la salud interviniente, generando soluciones de continuidad en los tejidos como parte principal de la intervención.

1.5.26 PROCEDIMIENTO INCRUENTO: es aquel que se realiza a través de orificios naturales, sin generar soluciones de continuidad en los tejidos como parte principal de la intervención, tales como cateterismo, reducción cerrada de fracturas o procedimientos endoscópicos, entre otros.

1.5.27 REGIÓN OPERATORIA: es la parte del cuerpo sobre la cual se practica un procedimiento quirúrgico.

1.5.28 REINTERVENCIÓN: es una intervención quirúrgica que se efectúa a un paciente como consecuencia de una cirugía primaria, a fin de tratar la misma entidad patológica.

1.5.29 SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL: Área física ubicada dentro o fuera de la unidad quirúrgica, dotada con el equipo específico para la práctica de un determinado tipo de procedimiento especializado, que dispone de los equipos de soporte para atender las complicaciones inherentes a su realización; son consideradas como tales: salas de hemodinamia, endoscopia, quimioterapia, hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

1.5.30 SERVICIO DE URGENCIAS: Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos.

1.5.31 TERAPIA DE MANTENIMIENTO: Son las actividades clínicas que se desarrollan tanto en adultos como en niños, para mantener las estructuras orales en el nivel adecuado de fisiología.

1.5.32 TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO: Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento.

1.5.33 TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO: Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial o aéreo, que se encuentra críticamente enfermo y que debe contar con una dotación de alto nivel tecnológico para dar atención oportuna y adecuada a pacientes cuya patología amerite el desplazamiento en este tipo de unidades.

1.5.34 UNIDAD DE AISLAMIENTO: Servicio de internación destinado para la atención integral del paciente inmunosuprimido, con alto riesgo de infección o que por su condición clínica (infecciones graves) debe permanecer aislado para el tratamiento correspondiente.

1.5.35 UNIDAD DE CUIDADO PALIATIVO: servicio integrado de salud en el que se desarrollan planes individualizados de cuidado paliativo para pacientes que padecen una enfermedad potencialmente mortal, con el propósito de mejorar su calidad de vida mediante la prevención y alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, de orden físico, psicosocial o espiritual.

1.5.36 UNIDAD DE SALUD MENTAL: servicio de internación que ofrece cuidados especiales o generales para modificar y monitorear las condiciones críticas o agudas del paciente con patología mental.

1.5.37 UNIDAD DE QUEMADOS: servicio de internación destinado específicamente para la atención de adultos o niños con casos críticamente afectados, con disponibilidad de personal médico especializado en "plan quemado".

1.5.38 UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO: servicio de internación para la atención de pacientes críticamente enfermos, recuperables, donde se desarrollan actividades precisas de monitorización y manejo de pacientes, cuya condición clínica, pone en peligro la vida en forma inminente y necesitan soporte para la inestabilidad neurológica, hemodinámica, respiratoria, gastrointestinal, renal, endocrina, hematológica, metabólica o después de una cirugía mayor.

1.5.39 UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO: servicio de internación destinado a pacientes críticos recuperables, que tienen un bajo riesgo de necesitar medidas terapéuticas de soporte vital, no requieren asistencia ventilatoria, pero si más monitorización y cuidados de enfermería que los que pueden recibir en servicios de hospitalización convencional.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

1.5.40 URGENCIA: Alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o enfermedad de cualquier etiología, que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

1.5.41 VÍA DE ACCESO: es la entrada utilizada en determinados procedimientos para realizar el abordaje a un órgano, región o lesión.

2. PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

2.1. SERVICIOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS

2.1.1 ESTANCIA HOSPITALARIA. Las tarifas establecidas por concepto de estancia hospitalaria son los valores a reconocer por cada 24 horas de internación en la institución, siempre y cuando se garanticen en forma integral todos los servicios básicos establecidos para la misma, ya que en caso de que por cualquier circunstancia no se suministre alguno de ellos, su valor debe ser descontado de la tarifa, liquidándolo con base en el costo que se genere. Así mismo, cuando se traslade el paciente de una unidad a otra con diferente tarifa de estancia, su facturación debe ser proporcional al número de horas de permanencia en cada una de ellas. La estancia comprende los siguientes servicios básicos:

- a. Médico general hospitalario piso
- b. Enfermera
- c. Auxiliar de enfermería
- d. Dotación básica de elementos de enfermería
- e. Material de curación
- f. Alimentación adecuada al estado del paciente
- g. Suministro de ropa de cama
- h. Aseo
- i. Servicios públicos de energía eléctrica y agua
- j. Infraestructura física y dotación propias del servicio

2.1.1.1. Los servicios del médico general hospitalario, la enfermera y la auxiliar de enfermería, comprenden todas las actividades y procedimientos necesarios para el cuidado y asistencia básica del paciente hospitalizado (incluyen la entrega de turno, ronda diaria, cuidados de enfermería, administración de medicamentos, nebulización, cateterismo vesical, lavado gástrico, medición de oximetría cutánea, toma de glucometría, limpieza de heridas, solicitud de interconsultas, actividades de apoyo administrativo, etc., según corresponda a cada perfil), durante las 24 horas del día.

2.1.1.2 Se entiende como dotación básica de elementos de enfermería, aquella utilizada por este personal durante la realización de las actividades relacionadas con la higiene del paciente, control de signos vitales, valoración de talla y peso, administración de medicamentos por vía tópica y oral, así como los elementos de protección personal necesarios para el manejo de pacientes aislados o de cuidado especial. No incluye los elementos y materiales utilizados para la administración de medicamentos por vía parenteral.

2.1.1.3. Por material de curación se entiende todos los suministros que se utilizan en el lavado, desinfección y protección de las lesiones de piel y mucosas, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados. No obstante, los materiales que se consuman durante la estancia hospitalaria para la realización de curaciones como parte del tratamiento de

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

las complicaciones de los siguientes eventos, se reconocerán diariamente mediante el valor establecido con el código S70201, el cual podrá ser facturado en forma adicional a la tarifa de estancia:

- a. Pacientes que en el postoperatorio se complican con fascitis necrosante, fístulas, osteomielitis y abscesos de pared abdominal, o se les realice curación en abdomen abierto
- b. Pacientes con quemaduras o heridas traumáticas que presenten pérdida de sustancias
- c. Pacientes con escaras de decúbito, úlceras isquémicas o gangrena gaseosa

2.1.1.4. Los servicios básicos de la estancia, no incluyen la práctica de procedimientos quirúrgicos, aplicación de hemoderivados, nutrición artificial (la nutrición enteral o parenteral y los elementos que precise su aplicación), terapia física, respiratoria y oxígeno (el gas medicinal y los elementos requeridos para su suministro).

2.1.1.5. La fototerapia del recién nacido está incluida en la tarifa de la estancia, sea en el servicio de Pediatría o en el de Obstetricia. Por consiguiente, no se reconocerá valor adicional por este tratamiento. Tampoco por la fototerapia del recién nacido que se practique en forma ambulatoria.

2.1.2. ESPECIFICACIONES SEGÚN LA UNIDAD DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

Además de los servicios básicos de la estancia, comprenden los siguientes:

2.1.2.1 Estancia en Sala de Observación de Urgencias. Corresponde a la permanencia en la sala apropiada para la observación de urgencias cuando la condición de salud del paciente así lo amerite. Debe ser inferior a (6) horas y se facturará según el nivel de complejidad del servicio de urgencias en forma proporcional al número de horas de permanencia en observación, hasta que se produzca el egreso o la internación.

Cuando por razones médicas, el período de observación del paciente se prolongue por más de 6 horas y en todo caso, hasta menos de 24 horas, la tarifa a reconocer corresponderá a internación de cuatro camas, según la complejidad del servicio de urgencias.

2.1.2.2 Estancia en Unidad de Salud Mental. Estancia en Unidad de Salud Mental. Independientemente de la complejidad, comprende adicionalmente las terapias y la evaluación e intervenciones que en forma integral deban efectuar el equipo interdisciplinario conformado como mínimo por profesionales en Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional.

2.1.2.3 Estancia en Unidad de Cuidado de Paciente Crónico Somático o de Cuidado Paliativo. Comprende además de los servicios básicos, la atención de médicos generales y de especialistas correspondientes a la misma especialidad a la que pertenece la afección crónica que padece el paciente.

2.1.2.4 Estancia en Unidad de Trasplante. Incluye además la utilización de equipos de monitoreo, ventilación, desfibrilación y adicionales requeridos y se factura con el código S12601.

2.1.2.5 Estancia en Unidad de Cuidado Intensivo. Comprende además de los servicios básicos, la atención médica de especialista en cuidado intensivo, de personal paramédico, la utilización de los equipos de: monitoria cardioscópica y de presión,

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

ventilación mecánica, de presión y volumen, desfibrilación, cardioversión, y la práctica de los electrocardiogramas, electroencefalogramas y gasimetrías que se requieran.

2.1.2.6 Estancia en Unidad de Cuidado Intermedio. Incluye los mismos servicios establecidos para la Unidad de Cuidado Intensivo, con excepción de la asistencia ventilatoria.

2.1.2.7 Estancia en Unidad de Quemados. Comprende adicionalmente la atención médica especializada en el manejo de este tipo de pacientes, el personal de enfermería y nutrición capacitado en esta disciplina y la utilización de los equipos médicos especializados.

2.1.2.8 Estancia en Unidad de Aislamiento. Comprende además de los servicios básicos, la disponibilidad para su uso, cuando se requiera, de equipos de monitoria, ventilación, desfibrilación y adicionales, así como los insumos necesarios para la aplicación de las normas de bioseguridad.

2.1.3. TARIFAS PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

Para el reconocimiento de las estancias hospitalarias, se tiene en cuenta el nivel de complejidad del servicio, declarado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. Según el tipo de estancia aplican las tarifas establecidas en salarios mínimos legales diarios vigentes especificadas en la Tabla de Liquidación No. 2, que hace parte de este Manual.

2.1.4. SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGÍA O GINECO-OBSTETRICIA. El valor de los servicios profesionales del cirujano o ginecoobstétrica por la práctica de procedimientos o intervenciones quirúrgicas y la atención del parto, cuando la Institución Prestadora de Servicios aporta los recursos necesarios para la atención integral, incluye la evaluación pre quirúrgica en el paciente hospitalizado o ambulatorio, la realización de todas las actividades necesarias para el logro de la finalidad del procedimiento, diferentes a las que puedan requerirse para el manejo de las posibles complicaciones quirúrgicas; también incluye los controles post quirúrgicos tanto intrahospitalarios como ambulatorios, durante los primeros quince (15) días posteriores a la realización del procedimiento o intervención quirúrgica y será reconocido en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes, de acuerdo con el grupo quirúrgico en el que se clasifique el procedimiento o intervención quirúrgica practicada.

2.1.4.1 En caso de requerirse controles post operatorios durante más de los 15 días señalados en el párrafo anterior, estos se reconocerán de acuerdo con la tarifa establecida para el Cuidado (manejo) Intrahospitalario por Medicina Especializada si el paciente continúa hospitalizado, o por el valor fijado para Consulta de Control o Seguimiento por Medicina General o Especializada, si el control se realiza de forma ambulatoria.

2.1.4.2 Las suturas simples en partes blandas concomitantes con lesiones mayores, se consideran parte integrante del tratamiento quirúrgico de la lesión mayor y en consecuencia, no procede la facturación de valores adicionales.

2.1.4.3 El valor correspondiente a la exploración de vasos hace parte de la intervención principal y únicamente procede su facturación de manera independiente cuando deba ser realizado a consecuencia de trauma mayor.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

2.1.4.4 Los procedimientos de desbridamiento, se facturarán únicamente cuando no sean complementarios a un procedimiento quirúrgico principal y se realicen de manera independiente.

2.1.4.5 La vía de acceso para la práctica de un acto quirúrgico no da derecho al reconocimiento de valores adicionales sobre la tarifa de la operación realizada, excepto cuando se efectúe con fines diagnósticos y no haga parte de otra intervención.

2.1.4.6 La tarifa de los servicios profesionales en la atención del parto (normal, intervenido o cesárea), incluye además de la consulta pre anestésica, los controles médicos preparto ambulatorios a partir del octavo mes y de trabajo de parto.

2.1.5. SERVICIOS PROFESIONALES EN ANESTESIOLOGÍA. La tarifa del especialista en anestesiología por servicios profesionales relacionados con la práctica de un procedimiento o intervención quirúrgica, comprende la pre medicación, el acto anestésico, los procedimientos coadyuvantes de éste, (bloqueo, colocación catéter central, neurolisis, etc.) y la vigilancia del paciente durante el periodo de recuperación. Se reconocerá en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes, de acuerdo con el grupo quirúrgico en el que se clasifique el procedimiento o intervención quirúrgica practicada.

2.1.5.1 En los exámenes y procedimientos no quirúrgicos, en los que a criterio del médico tratante se requiera para su práctica anestesia, se reconocerá el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa establecida para el respectivo procedimiento, exceptuando los procedimientos S60125, S60126, S60127, S60128, S60129 y S60130, para los cuales se encuentra definida una tarifa específica.

2.1.6. SERVICIOS PROFESIONALES EN AYUDANTÍA QUIRÚRGICA. El servicio de ayudantía quirúrgica se pagará únicamente en las intervenciones quirúrgicas para cuya realización se requiera de este recurso; las tarifas corresponden al servicio total de ayudantía independientemente del número o tipo de profesionales que participen como ayudantes.

2.1.7. SERVICIOS PROFESIONALES DE MÉDICO GENERAL. En regiones dispersas donde no se cuenta con el especialista indicado para realizar un procedimiento quirúrgico determinado, pero el mismo puede ser realizado por un médico general con capacidad demostrada y al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal en salud, se reconocerá el sesenta y cinco por ciento (65%) de la tarifa establecida para los servicios profesionales del cirujano, según el grupo quirúrgico que corresponda y siempre y cuando se trate de procedimientos clasificados en los grupos quirúrgicos del 02 al 13.

2.1.8. SERVICIOS PROFESIONALES EN INTERVENCIONES BILATERALES. En intervenciones bilaterales los servicios profesionales del cirujano, anestesiólogo y ayudante quirúrgico, se reconocerán con un setenta y cinco por ciento (75%) adicional sobre la tarifa establecida para cada profesional, de acuerdo con el grupo quirúrgico que corresponda a la intervención realizada. Este reconocimiento se hará, en los siguientes casos:

- a. Intervenciones que se practiquen en los órganos o elementos anatómicos que a continuación se enumeran: ojo, oído, glándula salival, maxilar superior o inferior, malar, seno paranasal, plexo nervioso (cervical, braquial y lumbar), mama, pulmón, glándula suprarrenal, riñón, uréter, testículo, epidídimo, vesículas seminales, ovario y trompa de Falopio (excepto ablación u oclusión).

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

- b. Intervenciones en los dos miembros superiores o inferiores (en cualquiera de sus estructuras anatómicas)
- c. Herniorrafia inguinal, femoral o crural

Este porcentaje no aplica para otros procedimientos que se practiquen en forma bilateral y cuya descripción así lo especifique, porque en ellos, la tarifa asignada ya incluye el reconocimiento por bilateralidad, sea o no un órgano o estructura anatómica par.

2.1.9. SERVICIOS PROFESIONALES EN INTERVENCIONES MÚLTIPLES. En las intervenciones múltiples que practique un mismo cirujano en un acto e igual vía de acceso, los servicios profesionales de éste, el anestesiólogo y el ayudante quirúrgico, se reconocerán cada uno con el cien por ciento (100%) de la tarifa establecida para el grupo quirúrgico de la intervención mayor realizada, incrementada con el cincuenta por ciento (50%) del valor de cada una de las intervenciones adicionales.

Cuando dichas intervenciones múltiples son practicadas por un mismo cirujano en un acto y diferente vía de acceso, los servicios profesionales de éste, el anestesiólogo y el ayudante quirúrgico, se reconocerán cada uno con el cien por ciento (100%) de la tarifa establecida para el grupo quirúrgico de la intervención mayor realizada, incrementada con el setenta y cinco por ciento (75%) del valor de cada una de las intervenciones adicionales.

En las intervenciones múltiples que practiquen dos o más cirujanos de distinta especialidad, en un mismo acto, en igual o diferente vía de acceso, los servicios profesionales de los cirujanos que intervengan, se reconocerán con el cien por ciento (100%) de la tarifa del grupo quirúrgico de la intervención mayor que cada uno practicó, incrementada en el cincuenta por ciento (50%) del valor de cada una de las adicionales.

Los servicios profesionales del anestesiólogo, se reconocerán con el cien por ciento (100%) de la tarifa que corresponda al grupo quirúrgico, por la intervención mayor que cada uno practicó, incrementada en el setenta y cinco por ciento (75%) correspondiente al grupo de cada una de las adicionales.

Los servicios profesionales del ayudante quirúrgico, se reconocerán con el cien por ciento (100%) de la tarifa establecida para este profesional, de acuerdo con el grupo quirúrgico de la intervención mayor realizada, incrementada en el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa correspondiente al grupo de la adicional que tenga mayor grado de clasificación.

2.1.9.1 No se reconocen valores adicionales por servicios profesionales (cirujano, gineco-obstetra, anestesiólogo o ayudante) cuando en forma complementaria al procedimiento o intervención quirúrgica principal, se realice en el mismo acto quirúrgico y por igual vía de acceso, procedimientos de liberación de adherencias. Tampoco procede tal reconocimiento por aquellos procedimientos señalados específicamente como incluidos en la descripción del procedimiento principal.

2.1.9.2 En los procedimientos de toma de biopsias (por punción, aspiración, curetaje, incisión) y en endoscopias diagnósticas y terapéuticas (para realización de procedimientos, toma de biopsia, aplicación de agentes terapéuticos, irrigación, lavado y cepillado), las tarifas correspondientes a los grupos allí determinados son los únicos valores que se reconocerán como servicios profesionales, incluida la utilización del equipo propio para la práctica del procedimiento. Este valor no será facturable cuando el procedimiento se realice en igual estructura o región anatómica sobre la cual se realiza un procedimiento e intervención quirúrgica.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

2.1.10. OTROS SERVICIOS PROFESIONALES INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS: Comprenden los servicios profesionales intrahospitalarios y ambulatorios de médico general o especialistas tratantes, derivados de la realización de actividades tales como: valoración, cuidado (manejo) diario y asistencia del paciente internado mediante métodos como las rondas, revistas, etc., realizadas en cualquier servicio de internación, así como también, de la realización de consultas ambulatorias y de urgencias, consultas pre quirúrgicas, pre anestésicas, interconsultas, juntas médico quirúrgicas y realización de suturas.

2.1.10.1 Los servicios profesionales de médico general correspondientes a los códigos 890620, 890621, 890622 y 890623 se reconocerán únicamente en aquellos lugares en donde por carencia del especialista, la actividad sea realizada por el médico general, ya que en los demás casos, dichas atenciones hacen parte de la estancia hospitalaria.

2.1.10.2 La tarifa de atención diaria intrahospitalaria se reconocerá por paciente según el número de días de permanencia en internación incluido el de ingreso y el de egreso, condicionado a que efectivamente el paciente sea evolucionado diariamente por su médico tratante. Lo anterior, a excepción de pacientes quirúrgicos y obstétricos, en donde esta tarifa únicamente será reconocida a partir del día 15 en los casos en que el paciente requiera una hospitalización mayor de quince días o cuando la embarazada ingrese por tratamiento diferente.

2.1.10.3 La tarifa correspondiente a los conceptos: valoración inicial intrahospitalaria (por especialista, por médico general), consulta pre anestésica y consulta pre quirúrgica, se reconocerán por una sola vez en cada paciente, siempre y cuando se cause el servicio en tratamientos no quirúrgicos u obstétricos, con excepción de los eventos psiquiátricos en programa "Hospital de Día". Dicho valor será adicional al establecido por concepto de atención diaria intrahospitalaria.

Las consultas pre quirúrgica y pre anestésica se reconocerán únicamente para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante, ya que en los grupos 02 y 03 están incluidas en las tarifas de servicios profesionales que se reconocen por el respectivo procedimiento a los cirujanos, ginecoobstetras, anestesiólogos y demás especialistas, junto con la premedicación, valoración intrahospitalaria del cirujano previa al acto quirúrgico y los controles intrahospitalarios y ambulatorios posteriores a la realización de la intervención, hasta la recuperación del paciente, considerándose como límite máximo quince (15) días.

No hay lugar al reconocimiento de valoración inicial intrahospitalaria, en el caso del recién nacido que requiera hospitalización, después de su nacimiento.

2.1.10.4 Las tarifas de consulta de urgencia por medicina general o especializada son excluyentes, es decir que el valor a reconocer depende del profesional que realizó en primera instancia la atención del paciente y adicionalmente incluye las revisiones que por la misma patología puedan requerirse, dentro de las 24 horas siguientes a la inicial.

2.1.10.5 La atención diaria en la sala de observación de urgencia, se pagará adicional al valor de la consulta de urgencias.

2.1.10.6 Si como resultado de la atención del paciente en el servicio de urgencias, se origina la práctica urgente de un procedimiento o intervención quirúrgica, no podrá facturarse la tarifa de la consulta o interconsulta para el médico que envió el caso al quirófano, en forma adicional al valor de los servicios profesionales del acto quirúrgico, cuando este mismo profesional es quien posteriormente realiza el acto quirúrgico.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

2.1.10.7 Cuando se trate de un paciente referido por el servicio de urgencias de una institución a igual servicio en otra institución, la consulta de urgencias por medicina general o especializada en la segunda institución, se reconocerá con el valor determinado para consulta de primera vez por medicina general o medicina especializada (890201 - 890202) según el caso, con excepción del paciente que al momento de su nuevo ingreso presente los signos vitales inestables, ya que en este caso se reconoce el valor de la consulta de urgencias por medicina general o especializada (890702 - 890701), según corresponda.

2.1.10.8 Las suturas se facturarán con el código CUPS correspondiente para cada herida suturada, independientemente de la longitud de la misma (número de puntos) y el tipo de profesional que la realice (general o especialista). El retiro de suturas se factura únicamente cuando por razón de la ubicación geográfica, el procedimiento deba ser realizado en una institución distinta a aquella en donde se efectuó el procedimiento o la intervención quirúrgica, o en la misma, siempre y cuando se hayan superado los primeros quince días posteriores al acto quirúrgico.

2.1.10.9 La valoración de la mujer gestante que origina su ingreso al servicio de internación, bien por el servicio de urgencias o directamente por el de ginecoobstetricia, se facturará una sola vez por paciente atendida, con base en los códigos 890701 o 890702, según el caso.

2.1.10.10 El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente cuando se requiera del concepto de otro profesional para aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, sea en el ámbito ambulatorio u hospitalario, siempre y cuando el profesional consultado sea de especialidad o sub especialidad distinta a la del médico tratante. No habrá derecho a reconocimiento de interconsulta, cuando esta origine la práctica de intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado.

Cuando un paciente hospitalizado para intervención quirúrgica presente complicación médica, causará derecho a reconocimiento de interconsulta; así mismo, se reconocerá interconsulta, cuando cualquier hospitalizado en los servicios de pediatría, medicina interna o psiquiatría, presente cuadro quirúrgico.

Los servicios profesionales de especialistas diferentes a los comprendidos en la estancia en UCI u otras unidades especiales y que deban intervenir en la atención del paciente, se reconocerán según la tarifa de interconsulta.

2.1.10.11 La Junta Médica corresponde a un órgano consultivo conformado por profesionales médicos especialistas (mínimo tres), a fin de dictaminar sobre la conducta a seguir con los usuarios, establecer un diagnóstico o acción terapéutica. Se reconoce con base en el valor establecido en la tabla anexa No. 1.

2.1.11. SERVICIOS PROFESIONALES EN HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL.

En casos de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica los servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal se reconocerán de acuerdo con los siguientes códigos:

S61001	Atención de hemodiálisis por insuficiencia renal aguda: incluye el procedimiento y los controles intrahospitalarios requeridos.
S61002	Sesión de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica: incluye los controles médicos que el paciente requiera.
S61003	Atención diaria de diálisis peritoneal por insuficiencia renal aguda: incluye el procedimiento y los controles intrahospitalarios.

Continuación del decreto “Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2”

S61004	Entrenamiento previo al programa de diálisis peritoneal ambulatoria: entrenamiento previo necesario para cada paciente que ingrese al programa de diálisis peritoneal ambulatoria por insuficiencia renal crónica (actividades del equipo médico y paramédico de la Unidad)
S61005	Atención mensual integral en diálisis peritoneal ambulatoria: se refiere a la atención mensual integral por paciente en diálisis peritoneal ambulatoria por insuficiencia renal crónica e incluye los controles médicos, cambios de equipo de infusión y adiestramiento del paciente, su cuidador o su núcleo familiar, si es necesario. Esta tarifa se debe facturar en forma proporcional al número de días en que el paciente, se beneficie del programa durante el mes.

2.1.12. DERECHOS DE SALA. Los derechos de sala se refieren al valor que se reconoce por el uso de la infraestructura física y la dotación básica de la sala, los equipos, sus accesorios e implementos, instrumental, ropa reutilizable o desechable, recurso humano, servicios de esterilización y los demás contenidos que sean especificados para cada tipo de sala.

2.1.12.1 Derechos de sala por tipo:

2.1.12.1.1 Sala de cirugía (Quirófanos): En las intervenciones y procedimientos quirúrgicos cruentos, los derechos de sala de cirugía comprenden el uso de la infraestructura física y la dotación básica del quirófano, los equipos, sus accesorios e implementos, instrumental, ropa reutilizable o desechable, los servicios de enfermería, auxiliares y circulantes, servicios de esterilización y manejo del paciente en sala de recuperación durante las primeras seis (6) horas. Se reconocerán según el grupo de clasificación de la intervención o procedimiento quirúrgico realizado.

2.1.12.1.2 Sala de parto: Los derechos de sala de parto comprenden además del uso la infraestructura física y la dotación básica de la sala, los equipos, sus accesorios e implementos, instrumental, las ropas reutilizables o desechables, los servicios de esterilización, instrumentación, enfermería y auxiliares, materiales, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, sala de trabajo de parto, post-parto y de observación del recién nacido y su tarifa corresponde al código S21.

Si el parto se realiza por operación cesárea, los derechos de sala de cirugía se reconocerán de acuerdo con el grupo quirúrgico en que está clasificada dicha intervención.

2.1.12.1.3 Sala de recuperación: Por los derechos de sala de recuperación, que comprenden: la dotación básica, los equipos sus accesorios e implementos, ropas reutilizables o desechables y los servicios de enfermería, cuando se superen las primeras seis (6) horas postquirúrgicas, en las intervenciones clasificadas en los grupos 02 a 13 y en los grupos especiales (excepto las que para su recuperación se requiera unidad de cuidados intensivos), se reconocerá adicionalmente el cincuenta por ciento (50%) del valor de la estancia hospitalaria, según el tipo de cama que esté ocupando el paciente.

Para la excepción anterior, es decir, en las intervenciones de los grupos especiales en los que según concepto del cirujano tratante la recuperación deba realizarse en la unidad de cuidado intensivo, adicional al valor de la estancia hospitalaria se reconocerá una suma igual al cincuenta por ciento (50%) de la tarifa establecida para la estancia en la

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

unidad de Cuidado Intensivo, siempre y cuando la permanencia en este servicio sea inferior a veinticuatro (24) horas.

En los casos de cirugía ambulatoria que superen las primeras seis (6) horas post quirúrgicas, la permanencia en sala de recuperación se reconocerá con la tarifa establecida para estancia en habitación tres camas, de acuerdo con la complejidad del servicio donde se realice el procedimiento; igualmente, en el caso en que al paciente no le haya sido asignada habitación para su hospitalización.

2.1.12.1.4 Sala de procedimientos básica: comprende las salas de curación, pequeña cirugía (suturas), yesos u otras básicas. Incluyen el uso de la infraestructura física y la dotación básica, el recurso humano, equipos con sus accesorios e implementos, instrumental, material de sutura y curación, anestesia local y consumo de oxígeno. Su valor es el mismo independientemente del grupo quirúrgico al que pertenezca el procedimiento y se factura por una sola vez, aunque se trate de procedimientos bilaterales o múltiples.

2.1.12.1.5 Sala de procedimientos especial: los derechos de la sala especial de hemodiálisis y diálisis peritoneal incluyen el uso de la infraestructura física, el talento humano, la dotación específica incluyendo lo necesario para el tratamiento del agua, los medicamentos, dispositivos médicos e insumos necesarios para la práctica de la terapia dialítica, así como los procesos y protocolos relacionados. Se factura únicamente cuando la terapia se realiza en paciente agudo, en área distinta a unidades de cuidado intensivo, intermedio o en servicios de internación.

En casos de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica, los derechos de sala corresponden al código S22220, el cual se factura por sesión e incluye la dotación, los servicios de enfermería, la utilización de los equipos y elementos propios de la unidad, servicios públicos y aseo.

Para los casos de Diálisis Peritoneal, la tarifa establecida se factura mediante el código S22223 que comprende la atención diaria en la Unidad de Nefrología, con la dotación adecuada, servicios de enfermería, utilización de equipos y elementos propios de la Unidad, servicios públicos y aseo.

2.1.12.2 En las *intervenciones bilaterales* se reconocerá un cincuenta por ciento (50%) adicional sobre la tarifa establecida para este servicio, de acuerdo con el grupo quirúrgico que corresponda a la intervención realizada.

2.1.12.3 En las *intervenciones múltiples* que practique en un acto el mismo cirujano, en distinta región operatoria o las que realice cirujano de diferente especialidad en la misma u otra región, por este servicio se reconocerá el ciento por ciento (100%) de la tarifa señalada para la cirugía mayor ejecutada, de acuerdo con el grupo quirúrgico que le corresponda, incrementada en el cincuenta por ciento (50%) del valor de cada una de las adicionales.

2.1.12.4 No se reconocerán valores adicionales por el empleo de accesorios e implementos de los equipos que se utilicen en la práctica las intervenciones y procedimientos, aunque estos no sean reutilizables ni por la utilización del equipo de rayos láser en los procedimientos quirúrgicos.

Los procedimientos laparoscópicos deben privilegiarse sobre la vía abierta, por sus ventajas en términos de reducción del trauma quirúrgico, complicaciones post quirúrgicas, tiempo quirúrgico y requerimientos de estancia hospitalaria. No obstante, se

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

contraindican en pacientes de alto riesgo con inestabilidad hemodinámica, ante la presencia de contraindicaciones anestésicas o en procesos fisiopatológicos que no toleren el neumoperitoneo.

2.1.12.5 En las intervenciones incruentas que demanden para su realización el uso de salas quirúrgicas o salas especiales dotadas para fin (cateterismo, reducción cerrada fracturas y luxaciones, fotocoagulación retina, procedimientos endoscópicos, etc.), se reconocerá por el derecho a su uso que comprende la dotación básica de la sala y ropas de enfermería, el 45% de la tarifa establecida para derechos de sala según el grupo quirúrgico del procedimiento. Cuando se trate de procedimientos bilaterales o múltiples, el porcentaje se aplicará una sola vez, teniendo en cuenta que en los procedimientos múltiples además, el porcentaje deberá liquidarse con base en la tarifa del procedimiento mayor realizado.

2.1.12.6 Cuando en los procedimientos de toma de biopsias o en las Endoscopia Diagnósticas y Terapéuticas, se requiera el uso de sala quirúrgica o sala especial dotada para tal fin, se reconocerán los respectivos derechos según lo dispuesto en el numeral 2.1.12.1.1 (procedimientos cruentos) y 2.1.12.5 (procedimientos incruentos) de presente numeral.

2.2. MATERIALES, MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

2.2.1. MATERIALES, MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN PROCEDIMIENTOS CRUENTOS. Los materiales de sutura y curación, medicamentos, soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, que se consuman en el acto quirúrgico y en sala de recuperación por la realización de una intervención o procedimiento cruento, se reconocerán de acuerdo al grupo quirúrgico relacionado en los códigos S70001, S70002, S70003 y S70004.

2.2.1.1 Los materiales de sutura y curación a que se refiere este numeral incluyen los siguientes elementos, independientemente de su nombre comercial: algodón, aplicadores, apósitos, compresas, mechas, gasas, torundas, cotonoides, cierres umbilicales, esponjas excepto de silicón, gelatinas absorbibles, cera para huesos, esparadrapo, soluciones desinfectantes, guantes, hojas de bisturí, catéteres pericraneales, equipos de venoclisis, buretras, agujas de cualquier clase, jeringas, llaves de dos o más vías, agrafes, sutura de cualquier tipo (catguts, absorbibles sintéticas, no absorbibles, tales como: sedas, nylon, poliéster, polipropileno, acero inoxidable, etc.).

2.2.1.2 En las intervenciones clasificadas en los grupos especiales 20 a 23, los materiales de sutura y curación y los elementos de anestesia, tales como: tubos endotraqueales y de conexión, máscaras y catéteres intravasculares que se utilicen, se pagarán de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4. No obstante, las drogas, medicamentos, soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, quedan incluidos en los derechos de sala, excepto los que se consuman durante el acto quirúrgico de intervenciones cardiovasculares de los citados grupos, ya que estas también se reconocerán de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4.

2.2.1.3 En las intervenciones bilaterales se reconocerá un 75% adicional sobre la tarifa de materiales de sutura y curación, medicamentos, soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, que corresponda al grupo quirúrgico de la intervención o procedimiento realizado.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

2.2.1.4 En las intervenciones múltiples practicadas en un mismo acto quirúrgico pero diferente región operatoria, se reconocerá el cien por ciento (100%) de la tarifa establecida para la cirugía mayor ejecutada de acuerdo con el grupo quirúrgico de la misma, incrementada en el setenta y cinco por ciento (75%) del valor del grupo de cada una de las adicionales.

2.2.2. MATERIALES, MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN PROCEDIMIENTOS INCRUENTOS. En los procedimientos incruentos que demanden para su realización el uso de salas quirúrgicas o salas especiales, se reconocerá por concepto de materiales de sutura y curación, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, el valor correspondiente al código S70101.

Este valor es una tarifa única por paciente, independiente del grupo quirúrgico en el cual esté calificado el procedimiento e intervención quirúrgica realizada, de si se realiza en forma bilateral o múltiple, por igual o diferente vía de acceso.

2.2.3 MATERIALES, MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN PROCEDIMIENTOS GINECO OBSTÉTRICOS. En los procedimientos obstétricos de parto, legrado uterino obstétrico y ginecológico, el valor del material de sutura y curación, medicamentos, soluciones, oxígeno y agentes anestésicos que se consuman en la atención del procedimiento, está incluido en los derechos de sala.

2.2.4. ESPECIFICACIONES PARA ALGUNOS PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS.

2.2.4.1 Los materiales de curación utilizados en la unidad de quemados, se reconocerán en forma adicional a la tarifa de estancia, de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4.

2.2.4.2 Los materiales (filtro de diálisis, línea arterial, línea venosa, concentrado, agujas de fístula, jeringas, solución salina y heparina) utilizados en las salas de diálisis renal, se pagarán de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4.

2.2.4.3 El equipo para administración de sangre o sus derivados, así como los elementos que se requieran en la práctica de la feresis, se reconocerán de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4.

2.2.4.4 El valor por la sustitución de catéteres (distintos a la derivación ventriculoperitoneal y peritoneoventricular), dispositivos, implantes, sondas, escayola, férula o tapón, ésta incluido en la tarifa que se reconoce por la colocación del elemento sustitutivo; únicamente procede la facturación del retiro en forma definitiva.

2.2.4.5 Cuando el paciente se encuentre en la sala de observación para el servicio de hidratación, los líquidos que consuma se reconocerán con base en lo establecido en el numeral 5.4.

2.2.4.6 Se reconocerá el oxígeno que se utilice en la atención de pacientes en los servicios de hospitalización y de urgencias, de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4.

2.2.4.7 Los materiales que se utilicen en la práctica de la cirugía periodontal con reposición ósea, se reconocerán de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

2.2.4.8 La mano de obra y los materiales que se utilicen en la elaboración y reparación de prótesis y órtesis odontológicas, se pagarán a los precios oficiales fijados por los laboratorios dentales para estas actividades.

2.2.4.9 Los medicamentos y soluciones que se prescriban para el tratamiento del paciente, incluidos los elementos que se requieran en su aplicación (jeringas, agujas, equipos), diferentes a los que se consuman en los quirófanos, sala de parto, salas especiales para procedimientos y de recuperación, se pagarán de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4. El mismo precio se aplicará a los medicamentos que se utilicen en la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o de tratamiento, salvo las excepciones establecidas.

2.2.4.10 Mientras el paciente esté bajo el cuidado de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, la prescripción de medicamentos deberá hacerse en forma individual con sujeción al registro de medicamentos aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social, por períodos que no superen las cuarenta y ocho (48) horas en pacientes hospitalizados, y hasta treinta (30) días cuando para su patología requiera al egreso continuar el tratamiento o la prescripción se efectúe en la consulta ambulatoria. En los pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría, la prescripción podrá hacerse hasta por un período de siete (7) días.

2.2.4.11 El suministro de prótesis y órtesis, injertos, válvulas, catéteres radiopacos, sondas, tubos, electrodos, máscaras y cánulas no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico, distintos a los definidos como materiales de sutura y curación y que sean utilizados en la práctica de cualquier intervención o procedimiento quirúrgico o en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento reconocido con tarifa integral, (anatomopatológico, de laboratorio clínico, radiología, medicina nuclear, cardiología y hemodinamia, medicina física y rehabilitación, banco de sangre, ecografía y RMN o procedimientos no quirúrgicos de las especialidades de nefrología y urología, neumología, neurología, otorrinolaringología, oftalmología, genética, oncología, alergología, psiquiatría y psicología, salud oral y procedimientos diagnósticos y terapéuticos), se facturarán de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4, sin que puedan cobrarse adicionalmente otros valores relacionados con procesos de preparación o de gestión del producto, previos al suministro al paciente o que hacen parte del cumplimiento de estándares mínimos de garantía de calidad que habilitan a una entidad como prestadora de servicios de salud.

3. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

3.1. PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA. Las tarifas contempladas para estos procedimientos son los valores que se reconocen por la práctica de los estudios con sus proyecciones convencionales y cuando el procedimiento lleve el respectivo informe escrito del médico especialista radiólogo. En caso de que el radiólogo no realice la correspondiente lectura, al valor estipulado para cada examen se le descontará el veinticinco por ciento (25%).

3.1.1 Los medios de contraste y los catéteres o similares, que se empleen en los estudios y procedimientos, se reconocerán de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

3.1.2 En la práctica de exámenes especiales e intervencionistas y/o terapéuticos, correspondientes a arteriografías diagnósticas de cabeza y cuello y otros procedimientos intervencionistas y/o terapéuticos, se reconocerá al especialista que practique el procedimiento (sea el mismo radiólogo u otro profesional) una suma adicional igual a la fijada para el estudio.

Se exceptúan de esta disposición los siguientes procedimientos: arteriografía periférica por punción; arteriografía selectiva no coronaria; aortograma torácico o abdominal; portografía arterial; estudio de un vaso o de cada vaso adicional en arteriografías diagnósticas de cabeza y cuello; angioplastia coronaria y periférica; cuerpo extraño endo-ocular (sweet); nefrostomía percutánea y la extracción de cálculos renales vía percutánea.

3.1.3 Los estudios radiológicos que se requieran para la realización de exámenes y procedimientos en Cardiología y Hemodinamia, se reconocerán de acuerdo con las tarifas establecidas para cada uno más 9.09 Salarios Diarios Mínimos Legales vigentes por estudio, cuando para su realización se realicen registros en medios digitales.

3.14 El valor adicional establecido por el uso de equipos portátiles en cirugía, utilizados con o sin fluoroscopio y/o intensificador de imágenes, se reconocerá sobre la tarifa de cada examen practicado y debidamente soportado.

3.2. PROCEDIMIENTOS ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y RESONANCIA. En los estudios de resonancia magnética, las tarifas corresponden a la práctica de los estudios en forma completa, que incluye: cortes axiales, sagitales y coronales en secuencias T1 y T2.

3.2.1 El medio de contraste que se utilice en la práctica del examen, se reconocerá de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4.

3.2.2 Cuando practicado el examen inicial se requiera de uno adicional con medio de contraste, su tarifa será el equivalente al veinticinco por ciento (25%) del valor inicial.

3.3. PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR. En los estudios de medicina nuclear en los que para su realización se utilicen radiofármacos como Iodo, Talio, Cobalto y Galio, etc., el valor de los mismos se reconocerá de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4, a excepción de las pruebas: captación de Iodo 131 por tiroides a 4. y/o 24 horas y rastreo de metástasis.

3.4. PROCEDIMIENTOS DE ONCOLOGÍA. Las tarifas de estos procedimientos incluyen la aplicación del tratamiento y los controles ambulatorios que requiera el paciente.

Las tarifas señaladas para los procedimientos de telecobaltoterapia, radioterapia, curieterapia y terapia con electrones, corresponden al costo total del tratamiento prescrito e incluyen los servicios básicos para su planeación y ejecución, entre ellos la elaboración del plan de tratamiento, el cálculo de dosis, incluidas las de refuerzo. Adicionalmente se pagarán las consultas de especialistas necesarias para definir el diagnóstico y orientar el tratamiento, así como las interconsultas, que en concepto del especialista responsable de la atención, se requieran mientras el paciente recibe el tratamiento.

3.4.1 El valor de los medicamentos utilizados en la práctica de los tratamientos de quimioterapia, se reconocerán de acuerdo con su consumo con base en lo establecido en el numeral 5.4.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

3.5 LITOTRICIA EXTRACORPÓREA. La atención integral de litotricia extracorpórea comprende el número total de sesiones que cada paciente requiera para su tratamiento e incluye los siguientes conceptos: servicio de los profesionales especialistas y del personal técnico que interviene en la realización del procedimiento; consulta pre y post tratamiento inmediato; consulta de urgencias cuando el caso lo requiera; práctica de procedimiento; servicio de anestesiología en pacientes que lo ameriten; cistoscopia y cateterismo uretral cuando en la realización del procedimiento sea necesaria; derechos de sala con los componentes determinados en ella, materiales de sutura y curación, sonda de Foley y de Nelatón, catéteres uretrales simples y cystoflow; servicio de recuperación; estudio radiológico de abdomen pre y post tratamiento y los que posteriormente pueda requerir el paciente hasta que sea dado de alta. Cuando se requiera del uso de medios de contraste y catéteres doble J, estos serán reconocidos de acuerdo con su consumo de conformidad con lo establecido en el numeral 5.4 de este Manual.

En litiasis bilateral, por el procedimiento en el riñón contralateral se reconocerá adicionalmente un valor equivalente al setenta y cinco por ciento (75%) de la establecida para este procedimiento.

3.6. TARIFAS APLICABLES A PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Las tarifas establecidas para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de laboratorio clínico, anatomopatología, radiología, medicina nuclear, nefrología y urología, neumología, cardiología y hemodinamia, neurología, otorrinolaringología, oftalmología, medicina física y rehabilitación, banco de sangre, exámenes y procedimientos ecográficos, vasculares no invasivos y resonancia magnética, estudios de genética, procedimientos de oncología, alergología, psiquiatría y psicología, servicios ambulatorios de salud oral y procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, son los valores que se reconocen por la práctica integral del examen o procedimiento y el informe escrito sobre los resultados del mismo, incluidos los gastos por uso de infraestructura física, del personal profesional y auxiliar, manejo intrahospitalario del caso cuando según la guía de atención para efectuarlo sea indispensable la internación del paciente, uso de equipo y sus accesorios, consumo de materiales, reactivos, medios de contraste, radiofármacos y cualquier elemento que se requiera para su realización (catéteres, electrodos, jeringas, agujas, etc.). De lo anterior, se exceptúan únicamente aquellos elementos que se encuentren expresamente señalados como susceptibles de ser facturados en forma adicional a la tarifa del procedimiento, en los capítulos 2 y 3 del presente Manual.

3.6.1 El valor de las pruebas de laboratorio clínico que se practiquen a la unidad de sangre o componentes previa a su transfusión, está incluido en la tarifa de procesamiento, al igual que el valor correspondiente a la bolsa recolectora.

3.6.2 En las intervenciones y procedimientos médico quirúrgicos en las que se extirpe o se extraigan órganos o tejidos, la pieza quirúrgica se someterá a examen anatomopatológico, el resultado se incluirá en la historia clínica del paciente y se reconocerán a las tarifas establecidas para este tipo de estudios.

3.6.3 El valor de las pruebas cualitativas de laboratorio clínico (micropruebas, tirillas, detectores), con fines de monitoreo y/o tamizaje, será igual al setenta y cinco por ciento (75%) del valor de la prueba principal, en los casos en que este Manual no establezca otra tarifa específica.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

4. OTRAS INTERVENCIONES

4.1. TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.

Incluye los servicios profesionales de la tripulación capacitada en emergencias, así como la infraestructura, dotación, equipos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos de las unidades móviles, sean estas acuáticas, aéreas o terrestres, disponibles para desplazarse en forma oportuna al lugar de ocurrencia de emergencia, urgencia o desastre para brindar la atención inicial por cualquier afección, mantener estabilizado el paciente y trasladarlo a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, y ofrecer orientación respecto a las conductas provisionales que se deben asumir mientras se produce el contacto de la unidad móvil con la institución prestadora de servicios de salud.

4.1.1 Se reconoce el traslado primario en el área urbana, bien sea básico o medicalizado, como aquel que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta el centro de atención asistencial más cercano con atención de tipo prehospitalario y apoyo terapéutico al paciente durante su traslado, mediante el código S33101.

4.1.2 Cuando se realice el traslado de un paciente en unidad móvil sin que se haya prestado el servicio de atención prehospitalaria, el valor a reconocer corresponde al código S30101 de 10 smldv acorde con la tabla 2 anexa.

4.1.3 Cuando se preste atención prehospitalaria conforme a lo requerido por un paciente, con vehículos de respuesta rápida (vehículos, motocicletas, etc.) no destinados al traslado, o en el evento en que se efectúe la movilización de una unidad dentro del área urbana hasta el sitio en donde se indicó se encontraba el paciente y se demuestre que por circunstancias ajenas al prestador y a pesar de requerir el traslado, el paciente se niega a ello tras haber recibido la atención pre hospitalaria requerida, esta última deberá soportarse y podrá ser facturada mediante el código S33102.

4.1.4 La modalidad de traslado secundario utilizado para la movilización interinstitucional de pacientes en ambulancia con el fin de completar el proceso de atención definitiva, se reconocerá de acuerdo con lo establecido en el numeral 5.4 de este Manual.

4.1.5 Cuando por circunstancias geográficas y de disponibilidad del recurso de ambulancia, sea pertinente y se efectúe el traslado simultáneo de dos pacientes en una misma unidad móvil, independiente de la entidad o entidades que asuman el gasto, por cada uno se facturará el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa, según el tipo de móvil y clase de traslado.

4.1.6 Cuando se requiera traslado intermunicipal, el cual corresponde al desplazamiento de la ambulancia entre dos municipios, siempre y cuando la distancia en un solo sentido sea superior a 20 Kms. según lo establecido por el Ministerio de Transporte (Instituto Nacional de Vías), se podrá facturar a la tarifa del tipo de servicio prestado más un valor adicional que no puede exceder el 60% de la misma.

4.1.7 En cualquier caso, además de cumplir con los estándares y procedimientos establecidos por el Sistema Único de Habilitación vigente, el servicio debe ceñirse por las Guías para Manejo de Urgencias y Guías Básicas de Atención Médica Pre hospitalaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

4.2 ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN. Las actividades individuales o grupales de control y seguimiento en los programas de atención a grupos específicos, tales como: hipertensos, diabéticos, crecimiento y desarrollo, atención prenatal, higiene mental, higiene industrial, salud ocupacional,

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

registrada por profesionales de la salud en las áreas de enfermería, trabajo social, salud mental, optometría, nutrición y terapia, serán reconocidas por cada sesión efectuada de acuerdo con la tabla 1 anexa al presente Decreto.

4.3 ATENCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN PROGRAMA HOSPITAL DÍA. Por este servicio se reconocen las tarifas especificadas mediante los códigos S12802 y S12803 a las instituciones de segundo y tercer nivel respectivamente; incluyen además de todos los servicios básicos de la estancia en unidad de salud mental, la permanencia diurna para tratamiento ambulatorio del paciente, sin pernoctada. Dichas tarifas aplicarán igualmente a las Instituciones dedicadas exclusivamente a la atención psiquiátrica como a las destinadas a la atención de varias especialidades, incluida la psiquiatría.

4.4. ABLACIÓN DE ÓRGANOS O COMPONENTES ANATÓMICOS. Se reconocerá a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el valor de los gastos causados por el manejo médico quirúrgico del donante vivo o del cadáver, para la ablación de órganos o componentes anatómicos con el fin de su implantación inmediata, así:

En Donante vivo: Los servicios de salud que se causen por valoración general del dador, y específicos del órgano o componente anatómico a donar y el manejo pre, intra y post-operatorio de la ablación quirúrgica, a las tarifas establecidas en este manual.

En Donante cadáver: exclusivamente los que se originen a partir del momento en que se diagnostique la muerte cerebral, sin que en ningún caso se contabilicen gastos correspondientes a servicios causados con anterioridad a veinticuatro (24) horas de la práctica de la ablación, a las tarifas autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

4.4.1 Los gastos de preservación, procesamiento, almacenamiento y transporte de un órgano o componente anatómico, con fines de su implantación inmediata o diferida, se reconocerán a las tarifas oficiales de la Entidad proveedora o de conformidad con la regulación que para tal efecto se expida.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 RECONOCIMIENTO A IPS. Los honorarios por servicios profesionales se cancelarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entendiéndose que el personal que intervenga en la prestación de los mismos, no recibirá remuneración adicional a la pactada en su relación laboral.

5.2 ATENCIÓN DE URGENCIAS. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de salud, atenderán los casos de urgencias, de conformidad con lo establecido en las normas vigentes, sin exigir condición alguna al paciente para su atención.

La obligatoriedad de la atención inicial de urgencias estará de acuerdo con el nivel de atención de la Institución respectiva. Lo anterior aplica igualmente a la contrarreferencia, es decir las Instituciones de menor complejidad, estarán obligadas a recibir y a atender los pacientes enviados desde las Instituciones de mayor complejidad, lo cual deberá estar de acuerdo con los recursos disponibles en el nivel de atención.

5.3. INCREMENTO EN ZONAS DE RIESGO. Por las circunstancias de orden socio-económico, que hace más gravosa la prestación de los servicios de salud en los

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2"

departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y Región de Urabá., las tarifas establecidas en este manual para los conceptos que se relacionan a continuación, se incrementan en los siguientes porcentajes. Se exceptúan los municipios de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio y Yopal.

5.3.1 El veinticinco por ciento (25%) para la consulta general, especializada, e interconsulta ambulatoria e intrahospitalaria, valoraciones intrahospitalarias, consulta de urgencias, cuidado médico intrahospitalario, reconocimiento del recién nacido, servicios profesionales de cirujano, gineco-obstetra, anestesiólogo y ayudantía quirúrgica en las intervenciones y procedimientos médico quirúrgicos, derechos de sala de parto y cirugía.

5.3.2 El quince por ciento (15%) para los exámenes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento contenidos el presente manual.

5.4 TECNOLOGÍAS EN SALUD SIN TARIFA ASIGNADA. Los procedimientos, materiales, medicamentos o dispositivos médicos que en virtud del desarrollo tecnológico u otras circunstancias carezcan de tarifa asignada en este Manual, se facturarán de acuerdo con su consumo con base en el precio que establezcan las partes, siempre y cuando medie una relación contractual entre ellas.

De lo contrario o en los casos de atenciones derivadas de accidente de tránsito, atentado terrorista, desastre natural o atención inicial de urgencias de cualquier naturaleza, se facturarán de la siguiente manera:

Para procedimientos, hasta por el valor reportado en la nota técnica del Estudio de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación de la última vigencia publicada. En ausencia del mismo, hasta por el valor máximo de recobro/cobro publicado por la entidad Administradora de Recursos del Sistema - ADRES de conformidad con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS.

Para medicamentos, hasta por el precio máximo de venta regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, más el margen adicional para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. De no existir el anterior, hasta por el valor máximo de recobro/cobro publicado por la entidad Administradora de Recursos del Sistema - ADRES y si no se cuenta con este, se reconocerá como valor máximo, el registrado en la factura de venta del proveedor.

Para materiales y dispositivos médicos, hasta por el precio máximo de venta regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. De no existir el anterior, hasta por el valor máximo de recobro/cobro publicado por la entidad Administradora de Recursos del Sistema - ADRES y si no se cuenta con este, se reconocerá como valor máximo, el registrado en la factura de venta del proveedor.

5.5 HORAS NOCTURNAS, DOMINICALES Y FESTIVAS. No se reconocerán valores adicionales cuando las intervenciones procedimientos, exámenes y actividades contempladas en este Manual, se ejecuten en horas nocturnas, dominicales y festivas.

5.6 AJUSTE DE TARIFAS. El ajuste anual de las tarifas se realizará de acuerdo con el ajuste anual que se produzca en el Salario Mínimo Mensual Legal de la vigencia respectiva y los valores resultantes de la aplicación del mismo, deberán acercarse a centena más próxima.

Continuación del decreto “Por el cual se sustituye el Manual Tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, No. 780 de 2016 Capítulo 6 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2”

5.7 RED DE ATENCIÓN. El Ministerio de Salud y Protección Social se reserva la potestad para definir la red de atención de los casos derivados de accidente de tránsito, atentado terrorista, desastre natural, atentados terroristas y demás eventos catastróficos definidos por Ministerio de Salud y Protección Social y para el efecto, establecerá los criterios que deban cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que la conformen.

5.8 DEBER DE INFORMACIÓN. Las aseguradoras o entidades que hagan sus veces y las instituciones que presten los servicios de salud en casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por Ministerio de Salud y Protección Social, deberán suministrar la información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, correspondiéndole a las aseguradoras, la gestión y consolidación de dicha información previa a su entrega a la autoridad competente.

5.8.1 La descripción establecida en el manual tarifario, no restringe o limita el nivel de detalle de la información que se solicita por parte de las autoridades competentes.

5.8.2 La información deberá ser suministrada en CUMS (Código Único de Medicamentos) para el caso de medicamentos y en CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud) para el caso de procedimientos, de conformidad con la normatividad vigente o las normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan.

5.9 CONDICIONES PARA EL RECONOCIMIENTO. Toda atención deberá estar debidamente soportada en los registros clínicos pertinentes, facturarse en cumplimiento con las normas vigentes y acompañarse con los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, a fin de proceder al trámite correspondiente”.

Artículo 2. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente Decreto rige a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, a los

Firma Presidente de la República

Ministro de Salud y Protección Social

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE