DECRETO 1652 DE 2022

(agosto 6)

D.O. 52.118, agosto 6 de 2022

por el cual se adiciona el Título 4 a la parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la determinación del régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 160 de la Ley 100 de 1993 establece como deber de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, facilitar el pago y pagar cuando corresponda las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar; en el artículo 187 dispone que los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos y cuotas moderadoras, disposiciones reiteradas en el literal i) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, al señalar que es deber de las personas contribuir solidariamente con el financiamiento del sistema de acuerdo con su capacidad de pago.

Que, el entonces Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante el Acuerdo 260 de 2004 definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y por medio del Acuerdo 365 de 2007 estableció las disposiciones para la exoneración de cobro de copagos a poblaciones especiales del Régimen Subsidiado.

Que, con el fin de actualizar e integrar todas las disposiciones sobre cuotas moderadoras y copagos, es necesario definir un nuevo régimen para estas, en el que se incluyan los eventos considerados como de alto costo establecidos en la Resolución 2292 de 2021, para efecto del no cobro de copago, así como introducir el código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) a las consultas especializadas, incluida la odontológica, los laboratorios y las imágenes diagnósticas que serán exentas de cuota moderadora.

Que, en ese contexto, resulta indispensable incluir, como exceptuadas del cobro de copagos, a las poblaciones especiales que se identifican como potenciales beneficiarios del régimen subsidiado mediante instrumentos diferentes al SISBEN.

Que la determinación del cobro de cuota moderadora en la atención de los pacientes en el servicio de urgencias relacionada con el compromiso funcional o vital se debe realizar en aplicación de los criterios establecidos en la Resolución 5596 de 2015 y no atendiendo el criterio del profesional tratante.

Que, se hace necesario definir los diagnósticos sometidos a prescripciones regulares que deben ser exceptuados del cobro de cuotas moderadoras a fin de lograr una mayor adherencia a sus tratamientos.

Que, dado los avances normativos en materia de promoción y prevención es importante precisar, con fundamento en las rutas de atención integral, cuáles son las intervenciones que deben estar exentas en el cobro de cuotas moderadoras y copagos.

Que el Estado colombiano ratificó el pacto de Derechos Civiles, Políticos y Económicos-Pacto de San José de Costa Rica-, aceptando la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, quien dispuso que, conforme a lo señalado en el artículo 68.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, tiene la obligación de "(…) cumplir las decisiones de la Corte en todo caso en que sean partes", por tanto, las sentencias proferidas por esta instancia internacional que ordenan al Estado colombiano la prestación de servicios

de salud de manera gratuita a los beneficiarios de las mismas, deben ser acogidas por este.

Que, por su parte, el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011 define a las víctimas del conflicto armado interno como aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, sus cónyuges, compañeros permanentes y familiares en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima desaparecida o muerta; por su parte, el artículo 156 de la misma Ley señala que, una vez la víctima sea registrada en el Registro Único de Víctimas, accederá a las medidas de asistencia y reparación previstas en dicha norma.

Que, no obstante, el artículo 2.2.2.1.1 del Decreto 1084 de 2015 refiere que la condición de víctima es una situación fáctica que no está supeditada al reconocimiento oficial a través de la inscripción en el Registro Único de Víctimas y que, por lo tanto, el registro no confiere dicha calidad. Ahora, en términos de la Corte Constitucional en Sentencia T-092 de 2019, el citado artículo 3° de la Ley 1448 de 2011 "no define la condición fáctica de víctima, sino que determina un ámbito de destinatarios para las medidas especiales de protección contempladas en dicho estatuto legal", de lo que se concluye que son víctimas del conflicto armado aquellas incluidas en dicho registro y aquellas no incluidas que hayan sido reconocidas administrativa o judicialmente a través de los instrumentos, procedimientos, medios o mecanismos de protección nacional o internacional, previstos o aprobados por la Ley.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 1870 de 2021, estableció los grupos de corte del Sisbén Metodología IV, señalando que el nivel 1 corresponde a los grupos A1 a 87 y el nivel 2 al grupo C1 a C18, de manera que los beneficiarios del Régimen Subsidiado clasificados en el nivel 2 del Sisbén, conforme la metodología IV, están obligados a pagar los copagos; sin embargo, los afiliados bajo la clasificación del Sisbén, metodología III, nivel I, estarán exentos de copagos hasta tanto se

actualice la clasificación en los términos dispuestos en dicho acto administrativo.

Que el presente acto administrativo surtió el proceso de participación y discusión con los actores del sistema y la ciudadanía en general entre el 30 de noviembre y el 14 de diciembre de 2021, y específicamente con las Asociaciones de Pacientes se adelantó una sesión de consenso el 4 de febrero de 2022, por lo que el contenido del acto fue publicado nuevamente para comentarios de la ciudadanía entre el 30 de marzo y 4 de abril de 2022 y entre el 8 de julio y el 11 de julio de 2022.

Que, en virtud de lo anteriormente expuesto, se hace necesario determinar el régimen aplicable para que las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas efectúen cobros por concepto de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras, según corresponda, a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios en el Régimen Contributivo y a los afiliados del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. Adiciónese el Título 4 a la Parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, así:

"TÍTULO 4

Régimen de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras

Artículo 2.10.4.1. Pagos compartidos o copagos. Los pagos compartidos o copagos son un aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado con la finalidad de contribuir a financiar el Sistema y están a cargo de los afiliados beneficiarios en el Régimen Contributivo y de los afiliados del Régimen Subsidiado.

Artículo 2.10.4.2. Cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras son un aporte en dinero que

corresponden al valor que deben cancelar los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del Régimen Contributivo por la utilización de los servicios de salud con el objetivo de racionalizar y estimular el buen uso de estos.

Artículo 2.10.4.3. Principios para la aplicación de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras. Para la aplicación de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras, deberán observarse los siguientes principios básicos:

1. Accesibilidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población debido a su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

2. Aplicación general. Las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas, aplicarán, según corresponda, a los usuarios tanto las cuotas moderadoras como los copagos de conformidad con lo dispuesto en el presente acto administrativo.

3. Información al usuario. Las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas deberán informar ampliamente al usuario sobre fa existencia, el monto, los mecanismos de aplicación y cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras e incluir esta información en la Carta de Derechos y Deberes de fa Persona Afiliada y del Paciente. Igualmente, deberán publicarla, por lo menos una vez al año, en medios masivos de amplia circulación, de conformidad con las instrucciones que sobre el particular imparta la Superintendencia Nacional de Salud.

4. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio cuotas moderadoras y copagos.

Artículo 2.10.4.4. Ingreso base para la aplicación de los pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras. Los pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras se aplicarán

teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante, reportado al momento de la prestación de los servicios de salud y conforme a la progresividad en el nivel socioeconómico, es decir que a mayor nivel de ingresos del afiliado será mayor el cobro de copago y cuota moderadora y viceversa.

Parágrafo. Cuando existe más de un cotizante por núcleo familiar se tomará el menor ingreso base de cotización, para el cobro de cuotas moderadoras y copagos.

Artículo 2.10.4.5. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras se pagarán por cada usuario al momento de utilización de cada uno de los siguientes servicios, de manera independiente:

1. Consulta externa general médica y odontológica, registrada en las categorías 89.0.2., 89.0.3. y 89.0.4. de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

2. Consulta externa especializada médica y odontológica, registrada en las categorías 89.0.2., 89.0. 3. y 89.0.4. de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) incluyendo la consulta en medicina alternativa aceptada conforme las normas vigentes en el país.

3. Consulta externa por nutricionista, optometría, foniatría y fonoaudiología, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional y Psicología, registrada en las categorías 89.0. 2., 89.0. 3. y 89.0.4. de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

4. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos.

5. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, registrados en el Grupo 90. de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), ordenados en forma ambulatoria. La

cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella.

6. Exámenes de diagnóstico por imagenología correspondientes a radiología general y ecografías, registrados en el subgrupo 87.0 al 87.3 y 88. 1 de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), ordenados en forma ambulatoria, excepto cuando hagan parte integral de un procedimiento quirúrgico ambulatorio sujeto al cobro de copago. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella.

7. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando se trate de pacientes clasificados en las categorías de triage IV y V conforme la Resolución 5596 de 2015 o la norma que la modifique o sustituya. En todo caso, no podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.

Artículo 2.10.4.6. Excepciones para el cobro de cuota moderadora. Están exceptuados del cobro de cuota moderadora, además de lo establecido en el artículo 2.10.4.9. de este acto administrativo:

1. Los afiliados en el Régimen Subsidiado, en todos los servicios que requieran.

2. Los afiliados en el Régimen Contributivo, que deban someterse a prescripciones regulares en los siguientes diagnósticos con sus tratamientos integrales, priorizados por su impacto en la salud de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

2.1. Atención de pacientes con diabetes mellitus tipo I y II.

2.2. Atención de pacientes con hipertensión arterial.

2.3. Atención del paciente trasplantado.

2.4. Atención de pacientes con enfermedades huérfanas y ultra huérfanas.

2.5. Alteraciones nutricionales en personas menores de 5 años (anemia o desnutrición aguda).

2.6. Problemas o trastornos mentales.

2.7. Atención de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Las entidades promotoras de salud, teniendo en cuenta las Rutas Integrales de Atención en Salud y de acuerdo con la gestión de riesgo o el perfil epidemiológico de su población afiliada, determinarán otros diagnósticos que impacten la salud y los exceptuarán del cobro de cuotas moderadoras.

3. Las intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, que se especifican a continuación:

3.1. Las intervenciones contenidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud que se relacionan en el Anexo 1, el cual hace parte integral del presente acto administrativo;

3.2. Las intervenciones que pertenecen a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal, incluidas en el Anexo 2, el cual hace parte integral de este acto administrativo;

3.3. Las intervenciones que se relacionan con educación para la salud e información en salud de todas las Rutas Integrales de Atención en Salud contenidas en el Anexo 3, el cual hace parte integral del presente acto administrativo, y

3.4. Las atenciones para las enfermedades transmisibles de interés en salud pública que tienen alta externalidad señaladas en el Anexo 4, el cual hace parte integral del presente

acto administrativo.

Parágrafo. Las entidades promotoras de salud de conformidad con las instrucciones que imparta la Superintendencia Nacional de Salud deben difundir a sus usuarios de manera periódica, información amplia y suficiente sobre los diagnósticos incluidos en el numeral 2 de este artículo y su tratamiento.

Artículo 2.10.4.7. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse pagos compartidos o copagos a todos los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los servicios complementarios identificados en la herramienta tecnológica MIPRES, salvo lo establecido en los artículos 2.10. 4. 8 y 2.10. 4.9 del presente acto administrativo y aquellos servicios sujetos al cobro de cuota moderadora.

Los tratamientos ambulatorios que se realizan en varios tiempos o en sesiones como los procedimientos odontológicos y de terapias para la rehabilitación estarán sujetos al cobro de un copago por la totalidad del tratamiento: Dicho copago podrá ser cancelado proporcionalmente por cada sesión si así lo solicita el paciente.

Artículo 2.10.4.8. Excepciones del cobro de copagos. Los afiliados están exentos de copago, por las atenciones en salud originadas en:

1. Eventos y servicios de alto costo en el régimen Contributivo y Subsidiado:

1.1. Atención integral para el trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multivisceral y córnea.

1.2. Atención integral para la insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.

1.3. Atención integral para el manejo quirúrgico de enfermedades cardiacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.

1.4. Atención integral para el manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como fas tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.

1.5. Atención integral para fa corrección quirúrgica de fa hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.

1.6. Atención integral para los reemplazos articulares.

1.7. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisiatría y terapia física. Se entiende como evento de alto costo del gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1.7.1. Quemaduras de 2° y 3º grado en más del 20% .de la superficie corporal.

1.7.2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.

1.7.3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.

1.7.4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.

1.7.5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.

1.7.6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

1.8. Atención integral para el manejo del trauma mayor, entendido este, como el caso de paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico-quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de afta complejidad.

1.9. Atención integral para el diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/ SIDA.

1.10. Atención integral de pacientes con cáncer.

1.11. Atención integral para el manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.

1.12. Atención integral para el manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

1.13. Atención integral para el manejo de enfermedades huérfanas de pacientes inscritos en el registro nacional de enfermedades huérfanas.

2. Atención en el servicio de urgencias para los pacientes clasificados en las categorías de triage I, II, y III definidas en la Resolución 5596 de 2015 o las normas que regulen la materia.

3. Intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, que se especifican a continuación:

3.1. Las intervenciones contenidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y

Mantenimiento de la Salud que se relacionan en el Anexo 1, el cual hace parte integral del presente acto administrativo;

3.2. Las intervenciones que pertenecen a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal, incluidas en el Anexo 2, el cual hace parte integral de este acto administrativo;

3.3. Las intervenciones que se relacionan con educación para la salud e información en salud de todas las Rutas Integrales de Atención en Salud contenidas en el Anexo 3, el cual hace parte integral del presente acto administrativo, y

3.4. Las atenciones para las enfermedades transmisibles de interés en salud pública que tienen alta externalidad señaladas en el Anexo 4, el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 2.10.4. 9. Excepción del cobro de cuotas moderadoras y copagos para grupos o poblaciones especiales. Además de las excepciones señaladas en los artículos 2.10.4.6 y 2.10.4.8 del presente decreto, se exceptúa del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según corresponda, a los siguientes grupos poblacionales especiales:

1. En el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, se exceptúa:

1.1. La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el onco-hematólogo pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la normatividad vigente estará exceptuada del cobro de cuotas moderadoras y copagos-según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010 artículo 2°, modificado por la Ley 2026 de 2020 artículo 4°, parágrafo 2°.

1.2. La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-hematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes

Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios, estará exceptuada del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010 artículo 2°, modificado por la Ley 2026 de 2020 artículo 4°, parágrafo 2°.

1.3. La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el literal anterior y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte, estará exceptuada del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010 artículo 2°, modificado por la Ley 2026 de 2020 artículo 4°, parágrafo 2°.

1.4. Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas estarán exceptuadas del cobro de copago, conforme lo dispuesto en los artículos 2° y 3° de la Ley 1412 de 2010, modificada por la Ley 1996 de 2019 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

1.5. Los niños, niñas y adolescentes del Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos, conforme lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

1.6. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física y mental, hasta que se certifique médicamente su recuperación, estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos, conforme el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

1.7. Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, que estén certificadas por la autoridad competente, respecto de la prestación de los servicios de salud física y mental, sin importar su régimen de afiliación, hasta que se certifique medicamente la recuperación, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos, conforme lo dispuesto en el artículo 54 de la Ley 1438 de 2011.

1.8. Las víctimas del conflicto armado interno determinadas en el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, incluidas las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras conforme el artículo 3° del Decreto ley 4635 de 2011, que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2, atendiendo lo previsto el artículo 52, parágrafo 2° de la Ley 1448 de 2011 y el artículo 53, parágrafo 2° del Decreto ley 4635 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan estarán exceptuadas del cobro de copagos.

Las victimas contempladas en la parte resolutiva de las sentencias proferidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos.

El Ministerio de Salud y Protección Social suministrará a las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas el listado de beneficiarios, previa suscripción del acuerdo de confidencialidad que se disponga para tal fin.

1.9. Las personas en situación de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional cuando se haya establecido el procedimiento requerido, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en el artículo 9°, numeral 9 de la Ley 1618 de 2013 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

1.10. Las víctimas de lesiones personales, causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva, o por cualquier elemento que generen daño o destrucción al entrar o tener contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e

intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos conforme lo dispuesto en el artículo 53A de la Ley 1438 de 2011, adicionado por la Ley 1639 de 2013 y modificado por la Ley 1971 de 2019.

1.11. Las personas, incluidos los niños, niñas y adolescentes que hagan uso del derecho a morir con dignidad estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos en los términos previstos en el artículo 14 de la Resolución 971 de 2021 y 16 de la Resolución 825 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social o las normas que los modifiquen o sustituyan.

1.12. Los veteranos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de los servicios de salud que se brinden para la recuperación integral de secuelas físicas y psicológicas estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos según lo dispuesto en la Ley 1979 de 2019 y el artículo 2.3.1. 8.3.4.1. del Decreto 1070 de 2015.

1.13. Las personas que padecen epilepsia a quienes se les garantiza el tratamiento integral de forma gratuita cuando no puedan asumirlo por su condición económica, estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en el artículo 12, numeral 7 de la Ley 1414 de 2010 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

2. En el Régimen Subsidiado, se exceptúan del cobro de copago, los siguientes:

2.1. Niños durante el primer año de vida.

2.2. Complicaciones derivadas del parto.

2.3. Población nivel 1 del SISBÉN.

2.4. Las siguientes poblaciones especiales establecidas en el artículo 2. 1.5.1 del presente

Decreto, que se identifican mediante listado censal:

2.4. 1. Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en Proceso Administrativo para el restablecimiento de sus derechos, y población perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

2.4. 2. Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF.

2.4. 3. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.

2.4. 4. Adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.

2.4. 5. Comunidades Indígenas.

2.4. 6. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad.

2.4. 7. Población habitante de calle.

2.4. 8. Adultos entre 18 y 60 años, en condición de discapacidad, de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.

Para las demás poblaciones especiales de que trata el artículo 2.1.5.1 del presente Decreto y los afiliados de oficio al Régimen Subsidiado sin encuesta del SISBÉN, podrán ser exceptuados del cobro de copagos solo si la realizan quedando clasificados como población nivel I.

Artículo 2.10.4.10. Fijación de los montos por concepto de pagos compartidos o copagos y

cuotas moderadoras. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará periódicamente los montos por concepto de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras, a partir de un estudio técnico que tenga en cuenta, entre otros criterios, el nivel socioeconómico de los usuarios, los servicios a los que serán aplicables, la frecuencia de uso de los servicios y tecnologías en salud, el costo de estos y la inflación.

Artículo 2.10.4.11. Autonomía de las entidades promotoras de salud. Las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas podrán definir las frecuencias de aplicación de las cuotas moderadoras y copagos para lo cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios. En todo caso, deberán contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios, de manera tal que en un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o el primer servicio de los previstos en el artículo 2.10.4.5 del presente decreto, con excepción de la consulta externa médica de que trata el numeral 1.

Las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas no podrán suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras; sin embargo, podrán definir el no pago de cuotas moderadoras para órdenes de ayudas diagnósticas o fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems.

Igualmente, podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, vales o la cancelación en efectivo por parte del usuario, ya sea directamente en la entidad, a través de canales electrónicos o mediante convenios con los prestadores de servicios de salud, en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso, deberá aceptarse el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado, así como emitirse la factura electrónica de venta cuando se facture por usuario, registrando únicamente el valor total efectivamente pagado, correspondiente al copago o a la cuota moderadora.

La totalidad de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la entidad promotora de salud.

Artículo 2.10.4.12. Registro de cuotas moderadoras y copagos. Las cuotas moderadoras y pagos compartidos o copagos, que deben recaudar las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas como parte de los servicios de salud prestados bajo el aseguramiento en salud, deberán ser registrados independientemente de si son asumidos directamente por el cotizante o por un tercero en el marco de un plan complementario en salud".

Artículo 2°. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, sus disposiciones serán aplicables a partir del 1° de agosto de 2022, y deroga el artículo 2.3.2.1.17 del presente Decreto y el Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS, salvo sus artículos 8°, 9°, 10 y 11, los cuales continuarán vigentes hasta tanto sea expedido el acto administrativo de que trata el artículo 2.10.4.10 de este decreto.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 6 de agosto de 2022.

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.