

Ministerio de Salud

HOSPITALES PUBLICOS

Resolución 1230/2008

Modifícanse artículos de la Resolución N° 487/02, en relación con los procedimientos para la presentación y cobro de las facturas correspondientes al Régimen de los Hospitales Públicos en Gestión Descentralizada.

Bs. As., 28/10/2008

VISTO el Expediente 2002-10.625/08-6 del registro del MINISTERIO DE SALUD, el Decreto N° 939 de fecha 19 de octubre de 2000, el Decreto N° 357 de fecha 21 de febrero de 2002, la Decisión Administrativa de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS N° 24 de fecha 25 de abril de 2002, el Decreto N° 1343 de fecha 4 de octubre de 2007 y las Resoluciones Nros. 855/00, 372/01, 487/02, 488/02 y 798/02 del MINISTERIO DE SALUD, y
CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución N° 487/02 del Ministerio de Salud, se establecieron los procedimientos para la presentación y cobro de las facturaciones correspondientes al Régimen de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, creado por el Decreto N° 939/00.

Que la experiencia obtenida a partir de la aplicación de los mecanismos establecidos hacen aconsejable su actualización a fin de obtener mayor agilidad en los trámites correspondientes a la facturación de las prestaciones.

Que a tal efecto resulta conveniente la incorporación de las posibilidades que brindan las nuevas tecnologías de la información y comunicación a dichos procedimientos.

Que en virtud de ello procede la readecuación de los recaudos establecidos para la operatoria correspondiente a la presentación y cobro de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

Que asimismo, mediante la Resolución N° 855/00 de fecha 13 de octubre de 2000 del MINISTERIO DE SALUD se puso en vigencia el nuevo Nomenclador de Prestaciones de Salud mediante el cual se establecieron los aranceles modulares para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

Que desde octubre de 2000 a la fecha los costos finales de algunas prestaciones en general y de los procesos que requieren internación no contemplados en los módulos específicos en particular han sufrido variaciones económicas cuyos montos corresponde actualizar de acuerdo a valores de mercado.

Que por otra parte y con la misma finalidad de proporcionar mayor agilidad al sistema surge como necesario arbitrar un medio que permita la actualización continua y permanente del Nomenclador de Prestaciones de Salud del Hospital Público de Gestión Descentralizada.

Que dicha tarea deberá contemplar la necesidad de la incorporación o sustitución de módulos, conforme nuevas tecnologías o una mayor eficacia en el reagrupamiento de las prestaciones, así como en mantener la actualización de los valores correspondientes a las prestaciones brindadas.

Que por sucesivas modificaciones al Decreto N° 357/02, por el cual se modificó la estructura organizativa del MINISTERIO DE SALUD, la Secretaría de Atención Sanitaria, según lo establecido en la Decisión Administrativa N° 24/02 y el Decreto N° 1343/2007, pasó a denominarse SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS y, actualmente, SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello,
LA MINISTRA DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1° — Modifícanse los artículos 1º, 3º, 4º, 5º y 7º de la Resolución Ministerial N° 487/02, los que quedarán redactados de la siguiente manera:

«ARTICULO 1°.- Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán requerir a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD comprendidos en el régimen de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, los del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS y también a los jubilados y pensionados que optaron por la cobertura de una Obra Social inscrita en el Registro Nacional de Obras Sociales para la Atención Médica de Jubilados y Pensionados que demanden asistencia, la presentación del Documento que avale su identidad (DNI - LC - LE - CEDULA DE IDENTIDAD), y el último recibo de sueldo (o la Orden de Pago Provisional según corresponda). En caso que el beneficiario no presentare el recibo de sueldo, o la Orden de Pago Provisional, el Hospital podrá reemplazarlas por una Fotocopia de la Constancia de empadronamiento obtenida a través del padrón en la Web de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD o del ANSSES (la que resulte más actualizada) de forma de asegurar que a la fecha de la atención, el beneficiario tenía la cobertura del Agente del Seguro de Salud.

Entiéndase que toda mención que se efectúe en la presente Resolución respecto de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD incluye a los alcanzados en virtud de lo dispuesto en el artículo 1° de las leyes 23.660 y 23.661 y los artículos 10 y 11 del Decreto N° 292/95 y su modificatorio Decreto N° 492/95.

ARTICULO 3°.- Cuando se hubiese celebrado convenio entre el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y el Hospital Público de Gestión Descentralizada, la forma y condiciones de la prestación, quedan sometidas a las disposiciones que oportunamente hayan pactado las partes. El Hospital únicamente deberá presentar las facturaciones para su cobro ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, cuando esté expresamente pactado en el contrato suscripto entre el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y el Hospital Público de Gestión Descentralizada. En este caso, éste deberá adjuntar copia fiel del convenio y de la notificación que se hubiese establecido en el contrato para intimar al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, al pago de las facturaciones adeudadas con resultado negativo. Las facturas serán abonadas por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de acuerdo a los valores estipulados entre las partes, los que no podrán ser inferiores a los fijados por la normativa vigente para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada al momento de la prestación.

ARTICULO 4°.- Las prestaciones efectuadas a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, quedarán acreditadas en virtud a lo establecido en los artículos 1º y 2º de la presente Resolución y de conformidad a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 del Decreto N° 939/00, de acuerdo al siguiente procedimiento:

a) A partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán notificar en forma fehaciente, a los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, los casos de internación o procedimientos quirúrgicos o prácticas de alta complejidad, según corresponda, que le está siendo brindado a su/s beneficiario/s, dentro de las CUARENTA Y OCHO HORAS (48) hábiles. A los fines de la notificación fehaciente referida, se considera incluido al fax y el correo electrónico recepcionados.

b) En las internaciones prolongadas por módulo día, los Hospitales deberán justificar y efectuar la notificación por medio fehaciente incluido el fax o copia del correo electrónico recepcionados, avalados por la autoridad administrativa, cada DIEZ (10) días de persistir dicha situación. Cumplido los treinta días (30) de internación, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán notificar dicha circunstancia mediante carta documento o telegrama colacionado al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD cada TREINTA (30) días.

c) En los casos de pacientes con internación ininterrumpida que superen los SEIS (6) meses, sin que medie alta transitoria, el Hospital notificará por carta documento o telegrama colacionado, dentro de los primeros CINCO (5) días hábiles del mes en curso, al Agente respectivo.

d) Cuando por razones de urgencia debidamente justificada por el Hospital Público de Gestión Descentralizada, la internación deba efectuarse para la realización inmediata de cualquier procedimiento quirúrgico y/o práctica de alta complejidad, la notificación fehaciente incluido el Fax o copia del correo electrónico, avalados por la autoridad administrativa responsable del Hospital, podrá hacerse incluyendo ambos (procedimiento y práctica) en forma conjunta.

e) En Atención Ambulatoria de Urgencias y/o Emergencias, el Hospital no efectuará notificación en los casos de consultas, prácticas de diagnóstico y tratamiento o prestaciones de alta complejidad.

f) En Atención Ambulatoria Programada, el Hospital no realizará notificación cuando se trate de consultas y prácticas de diagnóstico y tratamiento de baja o mediana complejidad.

g) En Atención Ambulatoria Programada se requerirá conformidad previa del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD para las prestaciones de alta complejidad. El Hospital podrá facturar al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD las prestaciones brindadas en los apartados e) f) y g), del presente artículo debiendo acompañar con la factura el Anexo II, debidamente cumplimentado para su cobro y la conformidad previa del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD en el supuesto del apartado g).

ARTICULO 5° .- Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán brindar a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD conforme lo dispuesto en los artículos 1º y 2º de la presente Resolución, las prestaciones médico-asistenciales establecidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO) vigente a la fecha. El Hospital podrá facturar solamente dichos servicios para su posterior cobro, no reconociéndose a los efectos del pago todas aquellas prestaciones no previstas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO vigente. Cuando las prestaciones a brindar por el Hospital excedan las estipuladas en el PMO, deberá previamente notificar y justificar las mismas en forma fehaciente incluido el Fax o copia del correo electrónico, avalados por la autoridad administrativa responsable del Hospital, al Agente dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas hábiles.

El Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD deberá responder si autoriza o no la práctica dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas hábiles. Vencido el plazo indicado precedentemente sin que el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD responda al requerimiento formulado y no

haya el Hospital efectuado la derivación del paciente, se considerará que la prestación fue autorizada.

ARTICULO 7° .- Queda expresamente establecido que las notificaciones mencionadas en el artículo 4º apartados a), b), c), d) y g); artículos 5º, 6º y 8º, deberán contener como mínimo: Apellido y Nombre del paciente; DNI o LC o LE; Número de afiliado; hora y fecha de la internación o solicitud de práctica, diagnóstico presuntivo y procedimientos a realizar. En las notificaciones autorizadas a ser realizadas por esta Resolución mediante Fax, además de lo indicado en el párrafo precedente, deberá consignarse en el cuerpo del fax: número de teléfono al que fue remitido, fecha y hora que fue enviado al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y comprobante completo que avale dicha remisión. Cuando las notificaciones hayan sido realizadas por correo electrónico deberá en todos los casos adjuntarse copia completa del correo electrónico cursado, firmado por la Autoridad Administrativa del Hospital con la leyenda «dirección de correo electrónica verificada». A los efectos de verificarse la dirección de correo electrónico del Agente del Seguro de Salud se admitirá la presentación de cualquier mensaje enviado desde la dirección de correo electrónico del Agente del Seguro de Salud al Hospital dentro de los TRES (3) meses anteriores o posteriores a la fecha de la notificación. Las constancias de las notificaciones, o en su caso fotocopia de los Fax o de los correos electrónicos, deberán conservarse por el término establecido en el artículo 17º de la presente Resolución».

Art. 2° — Apruébanse los nuevos aranceles modulares para los HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA que se detallan en el ANEXO I de la presente Resolución, a partir de la puesta en vigencia de la misma.

Art. 3° — Deróganse las Resoluciones del MINISTERIO DE SALUD Nros. Nº 855/00, 372/01, 488/02 y 798/02.

Art. 4° — Créase en el ámbito de la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS un COMITE DEL REGIMEN DE HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA, el que será presidido por el titular de la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS y estará integrado por UN (1) representante titular y UN (1) alterno designado por la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION y por UN (1) representante titular y UN (1) alterno de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a ser designados por el MINISTERIO DE SALUD a propuesta de las referidas reparticiones.

Art. 5° — El Comité creado por el artículo anterior tendrá por objeto mantener actualizado el Nomenclador de Prestaciones de Salud del Hospital Público de Gestión Descentralizada en lo que respecta a los valores correspondientes a las prestaciones brindadas por los Hospitales Públicos que integran el Régimen, así como a la incorporación o sustitución de módulos, conforme tecnologías novedosas o el más eficaz reagrupamiento de las prestaciones, a cuyo fin propondrá y elevará para la aprobación de la autoridad competente, en forma periódica, cada CINCO (5) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución, las actualizaciones correspondientes, dando cuenta de los criterios que dan fundamento a su recomendación.

Art. 6° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial. Cumplido, archívese. — María G. Ocaña.

NOTA: Esta resolución se publica sin su anexo. Para visualizarlo conectese a la pagina www.boletinoficial.gov.ar