



LA PAMPA

RESOLUCION 1316/1998 MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL

Categorización de los pacientes. Deroga la resolución 308/94.

Del: 22/12/1998

VISTO:

El artículo 4° del Decreto Reglamentario [N° 376/98](#), que faculta a este Ministerio para establecer la categorización de los pacientes de acuerdo a su capacidad contributiva, y

CONSIDERANDO:

Que es menester, entonces, reglamentar sobre el particular para definir las diferentes categorías de pacientes que utilicen el Sistema Financiero Integral de Medicina Social;

Por ello;

EL MINISTRO DE BIENESTAR SOCIAL

RESUELVE:

Artículo 1°.- Los usuarios de servicios asistenciales en los establecimientos dependientes de la Subsecretaría de Salud deberán ser agrupados en algunas de las siguientes categorías: No Contribuyentes, Mutualizados y Contribuyentes.-

Art. 2°.- Se categorizarán como No Contribuyentes aquellos usuarios de servicios que no posean cobertura social ni capacidad económica para hacerse cargo del pago de las prestaciones recibidas. Conforme a las pautas establecidas en el presente, se incluirán en este grupo cuando el núcleo familiar perciba un ingreso promedio mensual menor a PESOS DOSCIENTOS (\$200.00) por cada integrante habiendo descontado el monto del alquiler o la cuota de amortización de la vivienda que habiten.-

Art. 3°.- En la categoría Mutualizados se agruparan los usuarios afiliados a una obra social, a una mutual, a sistemas de cobertura pre-pagos u otros sistemas de cobertura asistencial medica. Se los clasificara de la siguiente manera:

a) Mutualizados con capacidad de Pago (M.C.C.P.) aquellos afiliados cuyo grupo familiar perciba un ingreso promedio mensual superior a PESOS DOSCIENTOS (\$200.00) por cada integrante. Pertenecen a este grupo los afiliados a sistemas pre-pagos.

b) Mutualizados sin capacidad de Pago (M.S.C.P.) cuando el ingreso especificado en el inciso anterior no supere PESOS DOSCIENTOS (\$200.00).

En ambos casos se deberá descontar el monto del alquiler o de la cuota de amortización de la vivienda que habiten.-

Art. 4°.- En la categoría Contribuyentes se agruparan todos aquellos que no cuenten con cobertura de una obra social, de una mutual u otros sistemas de cobertura asistencial medica, pero tengan capacidad de pago para afrontar el valor de las prestaciones que reciban según el nivel de ingresos que se detallan seguidamente:

a) Contribuyentes A: cuando el núcleo familiar perciba un ingreso promedio mensual superior a PESOS DOSCIENTOS (\$ 200.00) por cada integrante;

b) Contribuyentes B: cuando el ingreso especificado en el inciso anterior supere PESOS QUINIENTOS (\$500.00) por cada integrante del grupo familiar;

En ambos casos, se deberá descontar el monto del alquiler o de la cuota de amortización de la vivienda que habiten.-

Art. 5°.- Todos los usuarios del sistema deberán tener asentado en el Documento de

Identidad el domicilio en esta provincia con una antigüedad mínima de sesenta (60) días a la fecha de atención para las prestaciones de mediana complejidad - que no deberán incluir prótesis -, y de 1 (un) año en el caso de prestaciones de alta complejidad.-

Art. 6°.- Los aranceles establecidos para las prestaciones efectuadas por los distintos Establecimientos Asistenciales dependientes de la Subsecretaria de Salud serán los estipulados en la Resolución N° 432/97 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; definidos como Aranceles Modulares para los Hospitales Públicos de Autogestión, solo para los pacientes categorizados Contribuyentes como para aquellas prestaciones realizadas a mutualizados de obras sociales sin convenio con la Subsecretaria de Salud.

Para los pacientes categorizados mutualizados de obra sociales de obra sociales con convenios vigentes con la Subsecretaria de Salud se respetaran los términos de los mismos.

Para la facturación de medicamentos se procederá de acuerdo a los valores establecidos en el Manual Farmacéutico.-

Art. 7°.- En caso de pacientes que residan en otra provincia y solicite los servicios de los Establecimientos Asistenciales de esta Provincia, deberán abonar la totalidad del monto facturado de acuerdo a los aranceles establecidos en el artículo 6° de la presente resolución.

Art. 8°.- Los usuarios de la categoría No Contribuyentes quedan exceptuados de todo tipo de pago por las prestaciones que se les brinden.-

Art. 9°.- Para las prestaciones efectuadas a los usuarios de la categoría Contribuyentes se fijara la siguiente escala arancelaria:

Contribuyentes A: 40 por ciento del arancel.

Contribuyentes B: 80 por ciento del arancel.

Cuando manifiestan imposibilidad circunstancial del pago deberán suscribir un documento en garantía de la deuda, quedando a cargo de la Subsecretaria de Coordinación la efectivización del cobro.

Art. 10°.- Los pacientes Mutualizados están obligados a presentar, en tiempo y forma, toda la documentación requerida por el establecimiento asistencial prestador. En caso contrario deberán abonar la totalidad del monto facturado de acuerdo a los aranceles establecidos en el artículo 6° de la presente Resolución y quedaran obligados al pago de la prestación de acuerdo a lo prescripto en la Ley 1420.

Art. 11°.- Los usuarios Mutualizados sin Capacidad de Pago (M.S.C.P.) que soliciten prestaciones a realizarse dentro de los Establecimientos Asistenciales a efectivizarse en el mismo establecimiento asistencial, certificados por su obra social o mutual, quedan eximidos del pago.

Art. 12°.- Los usuarios Mutualizados sin capacidad de Pago (M.S.C.P.) que soliciten prestaciones a realizarse dentro de los Establecimientos Asistenciales de la Subsecretaria de Salud, que tengan pago de coseguros que deban realizarse en la boca de expendio de la obra social o de la mutual correspondiente, el Establecimiento Asistencial queda autorizado a efectivizar el mismo, con fondos específicamente autorizado a efectivizar el mismo, con fondos específicamente asignados.-

Art. 13°.- En caso de usuarios Mutualizados con Capacidad de Pago (M.C.C.P.) que soliciten prestaciones a realizarse dentro de los Establecimientos Asistenciales de la Subsecretaria de Salud, que tengan pagos de coseguros en el mismo establecimiento, certificado de su obra social o por su mutual y que manifiesten la imposibilidad circunstancial del pago de ese coseguro deberán suscribir un documento en garantía de la deuda, quedando a cargo de la subsecretaria de Coordinación la efectivización del cobro. Cuando el pago del coseguro deba realizarse en la boca de expendio de la obra social, quedan a cargo del paciente.

Art. 14°.- Los Directores de los Establecimientos Asistenciales deberán arbitrar los mecanismos mas apropiados y ágiles para resolver las situaciones que se generan con el pago de los coseguros en la boca de expendio de las obras sociales o de las mutuales, con el propósito de disminuir inconvenientes que se ocasionan a los usuarios, siempre y cuando se trate de prestaciones a efectuarse dentro del establecimiento.

Art. 15°.- Cuando los usuarios Mutualizados soliciten prestaciones no cubiertas por la obra social, la mutual o por el sistema de cobertura médica asistencial en el que se encuentren

afiliados, previa certificación de la entidad, serán considerados, al solo efecto de determinar si les corresponde abonar la prestación, en alguna de estas categorías:

Contribuyentes A, Contribuyentes B o No Contribuyentes de acuerdo a la capacidad de pago que posean (según criterios establecidos en la presente). En consecuencia a esta determinación se seguirá la escala arancelaria definida en los artículos 8° y 9° de la presente. En todos los casos los gastos serán cubiertos con fondos específicamente asignados por la Subsecretaria de Coordinación.

Art. 16°.- Los Discapacitados mentales, las embarazadas y los menores hasta el año de edad, cualquiera sea la categoría a la pertenezcan, quedan exceptuados del pago de las prestaciones que se le brindan. Las prestaciones brindadas por los Establecimientos Asistenciales dependientes de la Subsecretaria de salud que se enmarquen dentro de programas específicos de la Subsecretaria, no tendrán ningún tipo de arancelamiento.-

Art. 17°.- Las prestaciones brindadas como consecuencia de accidentes de trabajo, serán facturadas de acuerdo a los valores vigentes para su rubro. El pago estará a cargo del empleador y/o Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) que este tenga contratada, según corresponda y en un todo de acuerdo con las normas legales vigentes.-

Art. 18°.- Los Directores de los Establecimientos Asistenciales de la Provincia son los responsables directos de dar estricto cumplimiento de esta resolución, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 49° y 50° de la Ley N° 3 de contabilidad, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan tendientes a resarcir al Estado Provincial de las pérdidas económicas ocasionadas.

Art. 19°.- La subsecretaria de Salud queda facultada a disponer la reglamentación de las diferentes actividades a cumplir para la categorización, facturación y recaudación de las prestaciones que se efectúen a usuarios en los Establecimientos Asistenciales dependientes de la misma.

Art. 20°.- Los Carnet Sanitarios se extenderán con duración de un (1) año.

Art. 21°.- Para los casos de real necesidad y urgencia, el Director del Establecimiento Asistencial queda facultado para priorizar la resolución del problema medico antes que la mecánica administrativa prevista en la presente resolución. No obstante, esta última condición deberá cumplirse una vez finalizada la emergencia del caso.

Art. 22°.- Derógase la Resolución N° 308/94 y toda otra que se oponga a la presente.

Art. 23°.- Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial y pase a las Subsecretarias de Coordinación y de Salud, para su conocimiento y notificación a los Directores de los Establecimientos Asistenciales de las Provincias.

Santiago Eduardo Alvarez

