



## BUENOS AIRES

### RESOLUCIÓN 178/2017

### CONCEJO PROVINCIAL DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADA

Aprobar el nuevo procedimiento de conformación de Rechazos Definitivos y Refacturables en la facturación del Sistema de Atención Médica Organizada.

Del: 07/08/2017; Boletín Oficial 31/08/2017.

VISTO la Resolución CP SAMO N° 2/2000 por la cual se establece el procedimiento para la conformación de rechazos en la facturación de prestaciones médicas, definitivos y refacturables, y su registración en el Sistema Informático de Cuentas Corrientes, y;

CONSIDERANDO: Que el Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) ha adoptado para su funcionamiento, los principios de centralización normativa y descentralización ejecutiva;

Que en ese entendimiento, se planteó la delegación en las Direcciones Ejecutivas de los establecimientos incorporados al SAMO, la facultad de tomar decisiones administrativas, relativas a la gestión de las cuentas corrientes del SAMO Hospitalario, al amparo de lo establecido en el Inc. 1) del Artículo N° 6 del Decreto-Ley [8801/77](#);

Que en el artículo 1° de la Resolución CP SAMO 2/2000, se aprobó el procedimiento de registración de Rechazos Definitivos en la facturación, de aplicación obligatoria en los establecimientos adheridos al S.A.M.O.;

Que a partir de las gestiones llevadas adelante en ese marco normativo, a la luz de la experiencia recogida y el desarrollo de las tecnologías informáticas, quedó en evidencia la necesidad de actualizar el procedimiento instituido, imponiéndose la necesidad de mejorarlo sustancialmente en términos de agilidad y eficiencia;

Qué asimismo se advierte que en determinados casos, se debe distraer la atención del Concejo Provincial del SAMO, para atender cuestiones que por los conceptos y montos que tratan, generan un mayor dispendio administrativo que el beneficio que se puede recoger de la centralización de la decisión de desistir del reclamo y disponer el rechazo definitivo del crédito en cuestión;

Que la modificación que se propicia, tiene como objetivo agilizar el funcionamiento de los circuitos administrativos que se aplican sobre los saldos de facturas impagas, que por imperio de la normativa vigente, se tornan incobrables, dando lugar a causales de rechazo definitivo;

Que en el ejercicio de la facultades conferidas en los artículos 2° inciso a), 6° inciso a) y l), y 7° del Decreto-Ley [8801/77](#) y su reglamentación aprobada por Decreto N° [1158/79](#), el Consejo Provincial del S.A.M.O. ha meritado la conveniencia de dar curso a la propuesta de modificación de la norma que regula el procedimiento de rechazos definitivos en la facturación del Sistema de Atención Médica Organizada;

Por ello;

El Presidente del Consejo Provincial del Sistema de Atención Médica Organizada, resuelve:

Artículo 1°.- Aprobar el nuevo procedimiento de conformación de Rechazos Definitivos y Refacturables en la facturación del Sistema de Atención Médica Organizada, que será de aplicación obligatoria para las dependencias incorporadas al Sistema de Atención Médica

Organizada (S.A.M.O.), el que como Anexo Único forma parte de la presente.

Art. 2°.- Derogar la Resolución CP SAMO N° 2/2000.

Art. 3°.- Regístrese, pase a la Dirección de Recuperación de Costos y comuníquese a los establecimientos adheridos al Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO), cumplido, archívese.

Zulma Ortiz; Ministra de Salud - Presidente del Consejo Provincial del S.A.M.O.

#### ANEXO ÚNICO

#### PROCEDIMIENTO PARA LA CONFORMACIÓN DE RECHAZOS Y SU REGISTRACIÓN

##### 1.- TRÁMITE DE LAS OBSERVACIONES DE ENTES COBERTORES SUBSANABLES. PLAZOS Y REGISTRACIÓN.

a) La facturación de las prestaciones médicas brindadas a beneficiarios de Entes Cobertores, que sea observada dentro del plazo de quince (15) días de recepcionada, en el caso de cuestiones sobre la pertinencia de un acto médico y/o sobre cuestiones vinculadas al procedimiento administrativo y/o atinentes a la afiliación; o dentro del plazo de cinco (5) días de recepcionadas, en el caso de discrepancias respecto a notificaciones de internaciones y/o prácticas que exceden el PMO, serán analizadas por la Comisión de Historias Clínica o Auditor Médico, debiendo labrarse la pertinente acta con los detalles del caso.

b) Si del análisis realizado, surge que la facturación ha sido correctamente observada, y procede su nueva liquidación, el Hospital procederá a la refacturación dentro del término de quince (15) días, debiendo adjuntarse copia autenticada del acta oportunamente labrada.

c) Si del análisis surge que la observación de la facturación y/o discrepancia sobre el procedimiento administrativo, o atinente a la afiliación, no es correcto, el Hospital se lo comunicará por medio fehaciente al ente cobertor, dentro del plazo de tres (3) días.

d) Cumplido el trámite anterior, y en caso que el ente cobertor no efectivice el pago, el Hospital deberá iniciar el reclamo de cobro por la vía correspondiente.

e) Todas las observaciones o discrepancias sobre facturación y/o procedimiento administrativo y/o temas de afiliación, formuladas por los entes cobertores, fuera de los plazos establecidos en el PUNTO a) del presente, serán rechazados por la Comisión de Historias Clínica o Auditor Médico, labrando la pertinente Acta, debiendo notificarse dicha decisión forma fehaciente, dentro del plazo de tres (3) días.

f) La nueva facturación o la gestión de cobro que deba realizarse -ya sea prejudicial, administrativa o judicial- deberá en todos los casos registrarse en el módulo respectivo del Sistema Informático de Cuentas Corrientes.

##### 2.- TRÁMITE DE LAS OBSERVACIONES DE LOS ENTES COBERTORES CONSIDERADAS DEFINITIVAS. PLAZO Y REGISTRACIÓN.-

a) La facturación de las prestaciones médicas brindadas a beneficiarios de Entes Cobertores, que sea observada dentro del plazo de quince (15) días de recepcionada, en el caso de cuestiones sobre la pertinencia de un acto médico y/o sobre cuestiones vinculadas al procedimiento administrativo y/o atinentes a la afiliación; o dentro del plazo de cinco (5) días de recepcionadas, en el caso de discrepancias respecto a notificaciones de internaciones y/o prácticas que exceden el PMO, serán analizadas por la Comisión de Historias Clínica o Auditor Médico, debiendo labrarse la pertinente acta con los detalles del caso.

b) Si del análisis efectuado por la Comisión de Historias Clínica o Auditor Médico, surge que las observaciones sobre la facturación, o discrepancias sobre el procedimiento administrativo, o afiliación no pueden subsanarse, se conformará el rechazo definitivo de dicha facturación, labrándose el acta pertinente que contenga la indicación de los motivos y fundamentos que así lo determinen, la cual deberá confeccionarse dentro del quinto (5) día de recibida la observación.

c) En dicho caso, el Hospital deberá iniciar el procedimiento para el dictado del pertinente acto administrativo de rechazo definitivo de facturación, el cual deberá iniciarse con la previa intervención de la Dirección de Recupero de Costos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a donde deberán remitirse los antecedentes del caso, en el

término de cinco (5) días de labrada el acta pertinente.

d) El acto administrativo del rechazo definitivo conformado por el Director del Hospital deberá dictarse bajo su exclusiva responsabilidad, dentro de los quince (15) días de concluida la intervención indicada en el punto anterior.

e) Dicho acto administrativo deberá registrarse en el Sistema Informático de Cuentas Corrientes en el mismo mes que se efectúa, debiendo remitirse la documentación respaldatoria al departamento de Contralor Técnico Administrativo de la Dirección de Recuperación de Costos al momento de realizar la rendición mensual.

### 3.- TRÁMITE DE FACTURAS INCOBRABLES NO OBSERVADAS POR ENTE COBERTOR

a) La facturación que se considerada incobrable por otras causales, no observadas por ente cobertor, serán rechazadas en forma definitiva, mediante el pertinente acto administrativo, dictado bajo exclusiva responsabilidad del Director de cada Hospital, cuyo procedimiento deberá contar con la previa intervención de la Dirección de Recupero de Costos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

b) La motivación del acto administrativo no exime de responsabilidad patrimonial a los agentes y funcionarios actuantes.

c) El acto administrativo del rechazo definitivo conformado por el Director del Hospital deberá dictarse bajo su exclusiva responsabilidad, dentro de los quince (15) días de concluida la intervención indicada en el punto a).

d) El rechazo definitivo de la facturación será informado al Departamento de Contralor Técnico Administrativo de la Dirección de Recuperación de Costos junto con la rendición mensual que corresponda y se registrará en el módulo respectivo del Sistema Informático de Cuentas Corrientes.

