RESOLUCION 487/2002
MINISTERIO DE SALUD (MS)

Salud pública -- Procedimiento para la presentación y cobro de facturaciones por parte de los hospitales de gestión descentralizada -- Derogación de la res. 897/99 (M.S. y A.S.).
Fecha de Emisión: 21/08/2002; Publicado en: Boletín Oficial 28/08/2002

VISTO el Expediente Nº 2002-14639/98-7 del registro del Ministerio de Salud, el Decreto Nº 939 de fecha 19 de octubre de 2000, el Decreto N° 9 de fecha 7 de enero de 1993, 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, la Resolución Nº 897 de fecha 15 de noviembre de 1999 del ex-Ministerio de Salud y Acción Social, las Resoluciones del Ministerio de Salud Nros. 449 de fecha 4 de mayo de 2001, 486 de fecha 20 de agosto de 2002 y Nº 201 de fecha 9 de abril de 2002 y la Resolución Nº 74 de fecha 29 de marzo de 2000 del registro de la Superintendencia de Servicios de Salud, y
CONSIDERANDO:
Que el Decreto Nº 939/00 creó el Régimen de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
Que en dicha norma se establecieron una serie de lineamientos que regulan el procedimiento de facturación y cobro de las prestaciones efectuadas por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada a favor de los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a que hace referencia el artículo 1º del Decreto Nº 9/93.
Que el artículo 6º del Decreto mencionado en primer término establece que el Hospital Público de Gestión Descentralizada actuará de acuerdo con las normas vigentes en la jurisdicción a la que pertenezca y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas.
Que los artículos 15, 16 y 17 establecen que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, cuando no exista convenio previo con los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, podrán facturarles las prestaciones que brinde, de acuerdo a los valores que fije el MINISTERIO DE SALUD.
Que los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, están obligados a saldar el pago de lo facturado, dentro de los SESENTA (60) días corridos de presentada la facturación mensual.
Que el artículo 18 dispone que ante la falta de pago de las facturas por parte de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD en el plazo fijado en el considerando anterior y de no mediar acuerdo entre las partes, el Hospital Público de Gestión Descentralizada podrá reclamar el pago de lo facturado por el "sistema de débito automático" a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
Que asimismo, establece que en caso de discrepancia en los montos de la facturación entre el Hospital Público de Gestión Descentralizada y el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD elevará su opinión a este MINISTERIO DE SALUD, cuya decisión será definitoria.
Que, con fecha 4 de Mayo de 2001 se dicta la Resolución Nº 449 del MINISTERIO DE

SALUD que en su artículo 1º establece que en los casos de discrepancia en los montos de la facturación, será la SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA -actualmente SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS- la que tendrá a su cargo tomar la decisión definitoria, pudiendo requerir la intervención de la SECRETARIA DE POLITICAS Y REGULACION SANITARIA -actualmente SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS- cuando lo considere oportuno.

Que en virtud del Decreto N° 357/02 se dictó la Decisión Administrativa N° 24/02 por la que se aprobó la Estructura Organizativa del MINISTERIO DE SALUD creándose la SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS y la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS.

Que sin perjuicio de lo expuesto y en el contexto de las normativas citadas en el VISTO, se dictó la Resolución Nº 303 del MINISTERIO DE SALUD de fecha 27 de Marzo de 2001 y su ampliatoria Nº 368 del 18 de Abril de 2001, mediante las cuales se aprobaron las normas para las prestaciones médico-asistenciales que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada brinden a los beneficiarios del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a partir del 1º de Marzo de 2001, estableciéndose un procedimiento para la facturación de aquellas.

Que del análisis de los resultados obtenidos y la experiencia acumulada desde la vigencia de las Resoluciones citadas en el considerando precedente, surgió que su aplicación ha dificultado la operatoria y funcionamiento de los circuitos administrativos.

Que como consecuencia de ello, se dictó la Resolución Ministerial Nº 486 de fecha 21 de agosto de 2002 que

derogó las Resoluciones nros. 303/01 y 368/01 ambas de este MINISTERIO DE SALUD.

Que la Resolución Nº 201 de fecha 9 de Abril de 2002, de este MINISTERIO DE SALUD, aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia para los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660, cuyas prestaciones están obligados a brindar dichos Agentes mientras dure la emergencia, las que se detallan en los Anexos I y II.

Que la Resolución Nº 897/99 del ex-MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL establece el procedimiento para la presentación de las facturas por parte de los actuales Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada por prestaciones brindadas, a beneficiarios de las Obras Sociales, comprendidos en el Régimen de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 para ser cobradas por el "sistema de débito automático".

Que el artículo 4º de esa preceptiva, dispone la documentación que deberán presentar los Hospitales para el pago automático por las prestaciones brindadas a los beneficiarios de las Obras Sociales comprendidas en el régimen de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

Que por Resolución Nº 74 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de fecha 29 de Marzo de 2000 se establecen las normas y requisitos que deben cumplimentar los Hospitales Públicos de Autogestión -hoy Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada- cuando los beneficiarios de las obras sociales demanden asistencia a través de los mismos.

Quede lo expuesto se evidencia la existencia de una multiplicidad de normas que regulan los procedimientos para la presentación y cobro de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada a través del "sistema de débito automático". Que ello hace necesario su reformulación y compatibilización, estableciendo nuevos mecanismos que permitan agilizar los circuitos administrativos y eviten la superposición de reglamentaciones y preceptivas sobreabundantes que coexisten en desmedro de una operatoria eficaz y eficiente.

Que la SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS y la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS han prestado su conformidad respecto de la medida que se propicia.

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

Por ello,
EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 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 inscripta en el Registro Nacional de Obras Sociales para la Atención Médica de Jubilados y Pensionados que demanden asistencia; la presentación del Documento de Identidad (DNI o LC o LE) último recibo de sueldo o la Orden de Pago Previsional, según el caso, y la credencial de la Obra Social.
Entiéndase que toda mención que se efectúe en la presente Resolución respecto de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, incluirá a los mencionados en el presente artículo 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.
Art. 2° - Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán cumplimentar el "Comprobante de Atención de Beneficiarios de Obras Sociales", que se agrega como Anexo II, que pasa a formar parte integrante de la presente Resolución, con carácter de Declaración Jurada, firmado por el médico actuante o Jefe del Servicio, con sello y número de matrícula, y el responsable administrativo del Hospital, con sello, cargo y aclaración de firma, con la correspondiente suscripción o firma del beneficiario, familiar o responsable.
Art. 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 superar los fijados por la normativa vigente para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada al momento de la prestación.
Art. 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 Nº 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 hs.) hábiles. A los efectos de la notificación fehaciente referida, se considera incluido al fax.
b) En las internaciones prolongadas por modulo día, los Hospitales deberán justificar y efectuar la notificación por medio fehaciente incluido el fax firmado por la autoridad administrativa, cada 10 días 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 mediare 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 firmado 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 SALUDlas 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 SALUDen el supuesto del apartado g).
Art. 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 Médico 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 Médico 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 firmado por la autoridad administrativa responsable del Hospital, al Agente dentro de las CUARENTA Y OCHO HORAS (48 hs) hábiles. El Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD deberá responder si autoriza o no la práctica dentro de las CUARENTA Y OCHO HORAS (48 hs.) 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.
Art. 6° - En los supuestos de internaciones y/o prácticas previamente autorizadas, en las que deban realizarse métodos o procedimientos de alta complejidad no previstos en los alcances de la autorización, el Hospital Público de Gestión Descentralizada deberá cursar una nueva notificación fehaciente, al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD respectivo, en los términos y con la metodología prevista en el artículo 4º apartados a), b), c), d) y g) y artículo 5º de la presente Resolución.
Art. 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: 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 él: número de teléfono al que fue remitido, fecha y hora que fue enviado al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUDy comprobante completo que avale dicha remisión. Las constancias de las notificaciones, o en su caso fotocopia de los Fax, deberán conservarse por el término establecido en el artículo 17º de la presente Resolución.
Art. 8° - En los casos que por razones de fuerza mayor debidamente acreditadas, el Hospital Público de Gestión Descentralizada no haya podido gestionar en tiempo y forma las

notificaciones previstas en el artículo 4º apartados a), b), c), d) y g) y artículos 5º y 6º precedentes, deberá solicitar por cualquier medio fehaciente o Fax firmado por la autoridad administrativa responsable del Hospital al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD,la realización de una auditoría conjunta a fin de convalidar las prestaciones, otorgando para ello un término de SETENTA Y DOS HORAS (72 hs) hábiles, transcurridas las cuales sin haber obtenido respuesta del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el Hospital deberá adjuntar al
Anexo II, la constancia de dicha notificación, en la presentación que pudiera efectuar ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
Art. 9° - En los casos que no exista convenio previo entre el Hospital Público de Gestión Descentralizada y el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD,el Hospital sólo podrá facturar a éstos, las prestaciones que brinde, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 5° de la presente y a los valores máximos fijados por los Aranceles Modulares para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, vigentes al momento de la prestación.
Art. 10. - Los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD están obligados a saldar el pago de lo facturado por el Hospital Público, dentro de los sesenta (60) días corridos de presentada la facturación mensual en los términos del artículo 17º del Decreto Nº 939/00. A los fines del cómputo del plazo indicado en el párrafo precedente, se seguirá el siguiente procedimiento: a) Cuando las facturas se presenten directamente en el domicilio oportunamente denunciado por el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el plazo se computará a partir del día siguiente al que figure en el sello de recepción de éstos; b) En los casos en que el Hospital envíe las facturaciones por correo, a efectos de garantizar el contenido de la documentación acompañada, deberán remitirse por "carta expreso con confronte", computándose el plazo a partir del día siguiente al que figura en la constancia de la recepción de la mencionada carta por parte del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.
Art. 11. - Vencido el plazo fijado en el artículo precedente, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán intimar al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD mediante carta documento o telegrama colacionado para que en el plazo de diez (10) días contados a partir de la notificación fehaciente abonen las facturaciones reclamadas. Vencido dicho plazo, los Hospitales podrán reclamar el pago de las facturaciones adeudadas por el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, debiendo acompañar a tales efectos la comunicación fehaciente respectiva.
Art. 12.- Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada podrán reclamar el pago de las facturaciones a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de las prestaciones brindadas a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, dentro del año aniversario de efectuada la misma. Vencido dicho plazo y en el caso que los Hospitales no hubieran presentado ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD las facturaciones para su cobro a través del sistema de débito automático, éstos no podrán reclamar pago alguno a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sin perjuicio de las acciones judiciales que pudieren iniciar contra los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.
Art. 13. - Las facturaciones impagas podrán presentarse para su cobro por ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la fecha de facturación.
Art. 14. - En el caso de discrepancias de la facturación entre un Hospital Público de Gestión Descentralizada y un Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el citado Agente deberá notificar en forma fehaciente al prestador dicha situación y solicitar en la misma la realización de una Auditoría Conjunta dentro de los QUINCE (15) días de recepcionada la facturación en los términos indicados en el articulo 10, nombrándose un representante por cada una de las partes, de acuerdo a normas y principios de auditorías aceptadas, la que se llevará a cabo en el Hospital en un término de QUINCE (15) días

contados a partir de dicha notificación, debiendo el mismo poner a disposición de la Auditoría Médica del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, la documentación original pertinente, labrándose un acta en tres ejemplares. Se adjuntará con carácter obligatorio una copia de la misma al reclamo que el Hospital Público de Gestión Descentralizada pudiera hacer ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. En caso de transcurrir dicho lapso sin que el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD solicitante concurra a la misma por causas imputables a ellos, el Hospital, queda facultado a reclamar el pago de lo facturado a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, adjuntando fotocopia certificada por la autoridad administrativa responsable del Hospital del respectivo comprobante de citación. De haberse efectuado la Auditoría Conjunta y labrada el Acta respectiva, el Hospital remitirá a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, por expediente separado, la totalidad de las facturas que hubieren sido objeto de discrepancia juntamente con el Acta y la fotocopia completa de la Historia Clínica, a los efectos de emitir opinión, para su posterior elevación a este MINISTERIO DE SALUD a través de lo establecido en la Resolución Ministerial n°449/01, cuya decisión será definitoria. La totalidad de los documentos mencionados, deberán estar autenticados por la autoridad administrativa responsable del Hospital.

Art. 15. - A los efectos de la presentación por ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada para el pago mediante el sistema de débito automático, en el supuesto que sea procedente, por prestaciones brindadas a beneficiarios mencionados en el artículo 1º de la presente Resolución, deberán acompañar la siguiente documentación:

1.- Nota de elevación a la máxima autoridad de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

2.- Anexo I de la presente Resolución, con carácter de "Declaración Jurada", firmada por el Director del Hospital
y certificada la firma por Entidad Bancaria o Escribano Público.

3.- Fotocopia de la Resolución de Inscripción como Hospital Público de Gestión Descentralizada, autenticada por autoridad administrativa responsable del Hospital.

4.- Fotocopia de la/s factura/s remitida/s al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, con acuse de recibo por parte de aquellos en los casos que dichas facturaciones hubieren sido presentadas directamente en el domicilio conforme lo indicado en el artículo 10 inc. a) de la presente resolución.

5.- En caso que las facturas fueran remitidas por "carta expreso con confronte" deberán presentar/se fotocopia/s del confronte de las facturas juntamente con el aviso de recepción del correo, conforme lo establecido en el artículo 10 inc.b) de la presente. Ambos documentos deberán ser autenticados por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda " es copia fiel de su original".

6.- En la/s factura/s deberá consignarse el NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (no admitiéndose su reemplazo por siglas), el número de RNOS, el detalle de las prestaciones y los montos respectivos y nombre y apellido de/los beneficiario/s atendido/s.

7.- Anexo II de la presente Resolución debidamente cumplimentado, con el detalle de las prestaciones efectuadas. En el supuesto de adjuntar fotocopia del mismo, deberá estar autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda "es copia fiel de su original". En el caso de facturaciones de medicamento/s y/o material/es descartable/s incluido/s en los Códigos 36.00 y 37.00 referido a medicamento/s y material/es descartable/s excluido/s de los módulos, deberá presentarse juntamente con el Anexo II (Comprobante de Atención de Beneficiarios) una planilla detallando: Apellido y Nombre del Beneficiario; Nombre del/los medicamento/s y/o material/es descartable/s; Cantidad/es utilizada/s; Precio unitario y total/es, la que deberá estar firmada por el médico tratante con aclaración de: Apellido y Nombre y Número de Matrícula.

8.- Fotocopia autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda "es copia fiel de su original", de las notificaciones cursadas a los

Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD en los casos indicados en el artículo 3º, artículo 4º apartados a), b), c), d) y g); artículos 5º, 6º, 8º y 11 de la presente Resolución y cualquier otra notificación que pudiera cursar el Hospital y/o aquellos.
9.- Fotocopia autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, del convenio celebrado entre el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUDy el Hospital, en el caso indicado en el artículo 3º de la presente Resolución y de la notificación que se hubiere pactado en el convenio.
10.- Copia autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda "es copia fiel de su original" del Acta de Auditoría Conjunta en el caso del artículo 14 de la presente Resolución, de corresponder.
Art. 16. - La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, cuando lo estime necesario, podrá solicitar información y/o documentación complementaria al Hospital Público de Gestión Descentralizada. Asimismo, la Auditoría Médica del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUDa la que pertenece el beneficiario atendido en el Hospital Público de Gestión Descentralizada podrá requerir al mismo tomar vista de los elementos probatorios de la prestación.
Art. 17. - Toda la documentación que avale la presentación efectuada y respalde el Anexo II de la presente Resolución, deberá quedar en resguardo en el Hospital a disposición del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUDpor un lapso de VEINTICUATRO (24) meses.
Art. 18. - Las presentaciones deberán efectuarse ordenando la documentación requerida como se dispone en el artículo 15 de la presente, no debiéndose adjuntar otro tipo de documentación.
Art. 19. - En los casos que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD hubiera objetado las facturaciones y/o montos y/o prestaciones, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada una vez subsanadas las observaciones deberán refacturar las mismas al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, debiendo en tales supuestos cumplir con los plazos establecidos en la normativa vigente para el pago de las facturaciones por parte de estos últimoscon carácter previo a su nueva presentación ante ese Organismo.
Art. 20. - En las presentaciones que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada efectúan a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, los montos reclamados no podrán ser inferiores a PESOS QUINIENTOS ($ 500), para lo cual quedan facultados a adjuntar documentación que integre expedientes que no superen las DOSCIENTAS (200) fojas, salvo los casos en que tal límite obligara a dividir documentos que constituyan un solo texto, incorporando a la totalidad de las entidades deudoras en una sola presentación. En los casos que las facturaciones sean inferiores a PESOS QUINIENTOS ($ 500), el Hospital deberá efectuar una sola presentación en la que se incluyan diferentes facturas hasta alcanzar dicho monto.
Art. 21. - Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán cumplir con los requisitos básicos que establezca el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
Art. 22. - La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD queda facultada a caratular bajo el procedimiento que tenga implementado o que se implemente en el futuro y observando los criterios de aplicación, los expedientes recibidos de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
Art. 23. - La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá solicitar a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada soportes magnéticos de la información que estime necesaria a efectos de realizar bases epidemiológicas y estadísticas de la atención de beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, sobre la base de la documentación presentada.
Art. 24. - La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD queda facultada a propiciar el desarrollo de acciones y/o programas tendientes a la estimulación y capacitación administrativa del personal hospitalario, a fin de lograr procedimientos administrativos que agilicen la presentación y cobro de las facturaciones de las prestaciones

médico-asistenciales brindadas por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, en el marco de lo establecido en el Decreto Nº 939/00.

Art. 25. - Con la Resolución de este MINISTERIO DE SALUD, que incorpora el establecimiento solicitante al ex-Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (hoy Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada) o los que se incorporen en el futuro, éstos quedan automáticamente inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, conforme a lo dispuesto en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 y su Decreto Reglamentario Nº 576/93 Anexos I y II.

Art. 26. - Derogar la Resolución Nº 897/99 ex-Ministerio de Salud y Acción Social y toda norma que se oponga a la presente.

Art. 27. - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Ginés M. González García.

Nota: para consultar el/los anexo/s dirigirse al Boletín Oficial; Suipacha 767 PB.

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME Contáctenos