

## Legislación Nacional

var disURL = '1299656/1299921/de\_317\_2005.htm' ;document.write("");]]> **DECRETO 317/2005 OBRAS SOCIALES SEGURO DE SALUD Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales. Aprobación. Implementación progresiva. Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud obligatoriamente incorporados. Programa de acreditación de prestadores. Régimen de débito automático para la facturación de servicios médico-asistenciales brindados a beneficiarios de las obras sociales. Lineamientos generales para el Modelo Prestacional. Guía para los contratos entre los agentes del Seguro de Salud y los prestadores. Nómina de provincias incorporadas** del 11/4/2005; publ. 12/4/2005 Visto las leyes 23660 y 23661 y sus modificaciones, y Considerando: Que el art. 5 de la ley 23660, en su párr. 2, alude a la aplicación de los recursos que deben realizar en las distintas jurisdicciones del país las obras sociales que recauden centralizadamente, como asimismo que deben prever mecanismos de redistribución regional solidaria que aseguren a los beneficiarios el acceso a los servicios de salud, sin discriminación de ningún tipo. Que en forma compatible con el criterio enunciado, el art. 2 de la ley 23661, enunció como objetivo fundamental del seguro de salud el proveer al otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de servicios, eliminando toda forma de discriminación, sobre la base de un criterio de justicia distributiva. Que la Superintendencia de Servicios de Salud, constituida por el decreto 1615/1996, en su carácter de continuadora de la Administración Nacional del Seguro de Salud (A.N.S.Sal.) y en uso de las atribuciones acordadas a ésta por los arts. 13 y 27 de la ley 23661, ejerce la facultad de regulación del Sistema Nacional del Seguro de Salud y dicta las normas tendientes a normatizar las modalidades operativas de contratación entre las obras sociales y los prestadores, en tanto que en el marco de las disposiciones del art. 9 de la ley citada, tienen competencia en lo concerniente a la promoción e integración de las prestaciones de salud y la conducción y supervisión del sistema establecido. Que las medidas adoptadas por el aludido organismo han permitido coleccionar información acerca de situaciones no deseadas y desvíos relativos a la suficiencia, oportunidad y accesibilidad de los servicios que deben brindar los agentes del seguro de salud en determinadas zonas del país. Que en el sentido indicado, se ha podido constatar que en determinadas regiones del país, en las que no se verifica una gran concentración de población, un importante número de obras sociales enfrentan dificultades para mantener la cobertura de sus beneficiarios, dado que la atomización existente les quita capacidad de contratación. Que además de lo expresado, en las aludidas regiones se observan crónicos cortes de los servicios de salud motivados, entre otras causas, por la falta de pago a los prestadores directos y la existencia de intermediadores que, sin agregar ninguna gestión en la cobertura, menoscaban los recursos que deben llegar a los profesionales y establecimientos. Que en el marco jurídico y fáctico enunciado resulta indicada la adopción de medidas instrumentales con el objeto de proveer a una mejor utilización de los recursos destinados por las obras sociales a la cobertura de salud de sus beneficiarios y proveer soluciones concretas a la falta de atención y a situaciones en las que ésta sea inadecuada o inequitativa. Que a los fines indicados, la Superintendencia de Servicios de Salud y el Ministerio de Salud y Ambiente estiman procedente establecer las normas y mecanismos que alienten la agrupación de beneficiarios de las obras sociales residentes en determinadas regiones del país de menor densidad poblacional, con el objeto de alcanzar un número de personas que, como masa crítica, posibilite una mayor concentración en las contrataciones y una consecuente racionalización en la utilización de los recursos disponibles para solventar las prestaciones de salud. Que a dichos fines, se considera procedente aprobar el "Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales", que tendrá como objetivo primario continuar adoptando mecanismos que impidan la intermediación, al disponer que las contrataciones se realicen en forma directa entre los grupos de obras sociales incorporadas al sistema y el conjunto de prestadores que se encuentren calificados para brindar las prestaciones en el ámbito geográfico de que se trate. Que, de acuerdo con lo indicado, corresponde establecer las normas y requisitos de acreditación a cumplir por los prestadores existentes en cada una de las regiones, que pretendan incorporarse al sistema, de modo de asegurar el cumplimiento de los recaudos tendientes a proveer una mejor calidad y mayor homogeneidad de los servicios de salud que se brindan a los beneficiarios. Que en forma complementaria al cumplimiento de los requisitos enunciados, se estima necesario asegurar el efectivo pago de los servicios brindados, a través de un régimen subsidiario de débito automático de las facturaciones emitidas por los aludidos prestadores, que correspondan a servicios de salud brindados en el marco del Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales, y no fueran abonados en los plazos pactados, manteniendo la aplicabilidad del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, creado por el decreto 939/2000, y las disposiciones de la resolución del Ministerio de Salud 487/2002 y sus normas modificatorias, respecto de los hospitales públicos de gestión descentralizada que se incorporen como prestadores del sistema que se aprueba por el art. 1 del presente. Que resulta además indicado establecer los lineamientos generales para el modelo prestador y las guías para los contratos a celebrar entre los agentes del seguro de salud y los prestadores para asegurar la cobertura médico-asistencial a sus beneficiarios en el marco del sistema que se aprueba. Que, en una primera etapa, se estima conveniente

disponer la incorporación de determinados agentes del seguro de salud al Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales, tomando en consideración la existencia de cortes de servicios, la falta de prestaciones, o la particular situación en que se encuentran desarrollando su actividad. Que el sistema que se aprueba será de aplicación a través de una implementación progresiva en las regiones del país que también se definen sobre la base de la cantidad y densidad de su población beneficiaria. Que se considera procedente disponer que la resolución 194/2001 de la Superintendencia de Servicios de Salud, y sus modificatorias y las demás disposiciones generales dictadas por la superintendencia, aplicables a la contratación de servicios médico-asistenciales, continuarán rigiendo respecto de aquellas obras sociales que no se incorporen al sistema que se aprueba por este decreto. Que el presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el art. 99, inc. 1 de la Constitución Nacional. Por ello, **El presidente de la Nación Argentina decreta:**

**Art. 1.º** Apruébase el "Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales", cuyas normas generales se enuncian en el anexo I que integra el presente, las que resultarán de aplicación en los convenios a celebrarse entre los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud que se indican en el artículo siguiente, y las personas físicas o jurídicas que tengan a su cargo la cobertura médico-asistencial de los beneficiarios.

**Art. 2.º** Incorpórase al sistema que se aprueba por el artículo precedente a los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud que se describen en el anexo II, y a los que se encuentren en procedimiento de crisis por aplicación de la normativa vigente o tramiten judicialmente su concurso preventivo de acreedores. Las restantes obras sociales podrán adherirse voluntariamente al sistema de contrataciones que se aprueba, mediante adhesión expresa y por escrito realizada ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

**Art. 3.º** Apruébanse las normas y requisitos de acreditación que se definen en el anexo III que integra el presente, que deberán cumplir los prestadores de salud como condición para ser contratados y brindar servicios médico-asistenciales en el marco del Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales. En forma progresiva se dispondrá la aplicación de los aludidos requisitos a la totalidad de los prestadores inscriptos en los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud.

**Art. 4.º** Apruébase, como anexo IV del presente decreto el régimen de débito automático que se aplicará a las facturaciones emitidas por los prestadores, correspondientes a servicios de salud brindados en el marco del Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales, que no fueran abonadas en los plazos pactados, manteniéndose para los hospitales públicos de gestión descentralizada que se incorporen al presente, la aplicación del régimen creado por decreto 939/2000 y las disposiciones de la resolución del Ministerio de Salud 487/2002 y sus normas modificatorias.

**Art. 5.º** Apruébanse como anexos V y VI, los lineamientos generales para el modelo prestacional y las guías para los contratos a celebrar entre los agentes del seguro y los prestadores para asegurar la cobertura médico-asistencial a sus beneficiarios en el marco del sistema que se aprueba por el presente decreto.

**Art. 6.º** Las disposiciones del sistema de contrataciones regionales de las obras sociales resultarán de aplicación a partir de la fecha de publicación del presente, en las provincias que se indican en el anexo VII, y con una implementación progresiva en los ámbitos geográficos cuyas características poblacionales y de oferta prestacional así lo ameriten, de acuerdo con los estudios a realizar en cada caso por las áreas técnicas de la Superintendencia de Servicios de Salud.

**Art. 7.º** Sobre la base de la información, experiencia y elementos de juicio que surjan de la puesta en marcha y aplicación progresiva del nuevo sistema de contrataciones, la Superintendencia de Servicios de Salud queda facultada para dictar las normas adicionales y complementarias que resulten menester para el adecuado cumplimiento de los objetivos enunciados.

**Art. 8.º** La resolución 194/2001 de la Superintendencia de Servicios de Salud, sus modificatorias, y demás normas dictadas por el aludido órgano de aplicación y referidas a la contratación de servicios médico-asistenciales, continuarán rigiendo respecto de aquellas obras sociales que no resulten incorporadas al sistema que se aprueba por el presente.

**Art. 9.º** Comuníquese, etc. Kirchner - Fernández - González García

**Anexo I SISTEMA DE CONTRATACIONES REGIONALES DE LAS OBRAS SOCIALES**

**NORMAS GENERALES**

1. Objetivo primario. Proveer las medidas instrumentales que permitan una mejor utilización de los recursos destinados por las obras sociales a la cobertura de salud de sus beneficiarios, para que la misma alcance el máximo nivel de calidad disponible, asegurando una mayor homogeneidad en las prestaciones.

2. Concentración en las contrataciones. El sistema alentará la agrupación de beneficiarios de las obras sociales residentes en las regiones del país de menor densidad poblacional, que se determinen, con el objeto de alcanzar un número de personas que, como masa crítica, posibilite una mayor concentración en las contrataciones y una consecuente racionalización en la utilización de los recursos disponibles para solventar las prestaciones de salud.

3. Incorporación al sistema. Los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud que se indican en el anexo II y los que se encuentren en procedimiento de crisis por aplicación de la normativa vigente o tramiten judicialmente su concurso preventivo de acreedores, quedarán obligatoriamente incorporados al Sistema de Contrataciones Regionales que se instituye por el presente, debiendo aportar a la Superintendencia de Servicios de Salud la información que se les requiera referida a su población beneficiaria y a todo otro aspecto de orden técnico que deba ser evaluado para asegurar el cumplimiento de lo enunciado en los ptos. 1 y 2 precedentes. Las restantes obras sociales podrán incorporarse al sistema mediante adhesión expresa y por escrito realizada ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

4. Población beneficiaria. Las áreas competentes de la Superintendencia de Servicios de Salud tendrán a su cargo realizar los estudios técnicos relativos a la

distribución geográfica de la población beneficiaria de las obras sociales incorporadas al sistema y a la región de que se trate, sus características étareas, perfil epidemiológico y toda otra información que permita alcanzar definiciones acerca de la demanda de servicios a satisfacer.5. Oferta prestacional. En forma paralela los estudios precisarán la oferta prestacional correspondiente a la región considerada, de modo de contar con los elementos de juicio necesarios en lo que hace a la capacidad instalada, niveles de complejidad y recursos profesionales disponibles, tanto del sector público, como del privado.6. Actividad conjunta. Para la realización de los estudios mencionados en los ptos. 4 y 5, las áreas competentes de la Superintendencia de Servicios de Salud actuarán en forma conjunta y coordinada con los responsables técnicos del grupo de obras sociales, cuya población deba cubrirse en la zona de que se trate.7. Contrataciones directas. En las contrataciones se impedirá la intermediación, dado que se realizarán en forma directa entre las de obras sociales incorporadas al sistema -cuya población beneficiaria resida en la región- y el conjunto de prestadores que se encuentren calificados para brindar las prestaciones en dicho ámbito geográfico.8. Individualidad de los agentes del seguro de salud. Las obras sociales no perderán su individualidad jurídica ni económica al quedar incorporadas al sistema. Consecuentemente, mantendrán su exclusiva responsabilidad por las obligaciones asumidas en cada uno de los instrumentos contractuales que celebren para asegurar la cobertura de sus beneficiarios.9. Rol de gestión. Cada uno de los agentes del seguro de salud incorporados al sistema se encuentra obligado a adoptar las medidas que permitan una adecuada cobertura médico-asistencial a sus beneficiarios. Este rol en la gestión será considerado esencial, en el marco de las obligaciones asignadas a las obras sociales por las leyes 23660 y 23661, sus normas complementarias y las contenidas en el presente sistema de contrataciones. El incumplimiento del rol de gestión por parte de la obra social de que se trate, habilitará la adopción de las medidas sancionatorias previstas en la normativa vigente y las acciones que correspondan para asegurar la cobertura de los beneficiarios cuya obra social incurra en el incumplimiento.10. Gestión conjunta. Los agentes del seguro de salud podrán acordar la realización de actividades conjuntas en lo que hace a la gestión y auditoría de las prestaciones, de modo de eliminar la superposición de recursos técnicos, administrativos y profesionales, y proveer a una racionalización de los esfuerzos que se realicen para cumplir con su obligación de prestar en forma adecuada la cobertura de salud.11. Acreditación de prestadores. Los prestadores existentes en cada una de las regiones, que pretendan incorporarse al sistema, deberán ajustarse a las normas del Programa de Acreditación de Prestadores del anexo III, de modo de asegurar el cumplimiento de recaudos tendientes a proveer una mayor calidad y homogeneidad de los servicios de salud que se brinden a los beneficiarios. El incumplimiento de las aludidas normas de acreditación por parte del prestador facultará a la Superintendencia de Servicios de Salud a disponer su baja del registro de prestadores.12. Consecuencias de la incorporación del prestador. La decisión del prestador de incorporarse al sistema, cumpliendo los requisitos indicados en el punto anterior, conllevará su aceptación para brindar servicios a los beneficiarios de todos los agentes del seguro de salud agrupados en la región de que se trate. Su eventual decisión de cesar o suspender transitoriamente las prestaciones correspondientes a una o varias de las obras sociales producirá automáticamente su exclusión del presente sistema y la consecuente imposibilidad de continuar brindando servicios a los restantes agentes del seguro de salud, y/o utilizar el mecanismo de cobro previsto en el punto siguiente, aun en lo que hace a las prestaciones ya brindadas. La verificación de incumplimientos de las obligaciones asumidas por el prestador en el contrato celebrado con la obra social, como el cobro al beneficiario de sumas no autorizadas o la constatación de subprestación respecto de los indicadores de utilización pactados, facultará a la Superintendencia de Servicios de Salud a disponer la baja del incumplidor del registro de prestadores.13. Débito automático. En el anexo IV se detallan las normas que garantizan a los prestadores el cobro, a través del régimen de débito automático de los servicios de salud brindados en el marco del Sistema de Contrataciones Regionales de Obras Sociales, y que no fueran abonados en los plazos pactados. Las prestaciones que podrán ingresar al régimen de débito automático serán las correspondientes al Programa Médico Obligatorio de Emergencia aprobado por resolución del Ministerio de Salud 201/2002 y sus modificatorias. Para acceder al régimen de débito automático, el prestador deberá cumplir las normas del Programa de Acreditación de Prestadores del anexo III y presentar en tiempo y forma la información estadística e indicadores que se mencionan en el anexo IV. Los hospitales públicos de gestión descentralizada que ingresen al presente Sistema de Contrataciones podrán percibir las facturaciones que no fueran abonadas en los plazos pactados a través del régimen establecido por el decreto 939/2000, la resolución 487/2002 del Ministerio de Salud o las normas que los modifiquen.14. Modelo prestador y guías de los contratos. Las contrataciones a celebrar por los agentes del seguro de salud en el marco del presente sistema se ajustarán a los lineamientos generales para el modelo prestador que constituye el anexo V y la guía para los contratos contenidas en el anexo VI.15. Fiscalización y auditoría. La fiscalización de los servicios a cargo de las obras sociales y de la Superintendencia de Servicios de Salud se efectuará sobre la base de programas de control de calidad, información epidemiológica y estadísticas de los distintos rubros de atención, de modo de contar con elementos de juicio permanentes que permitan monitorear el sistema, detectar eventuales desvíos y disponer las adecuaciones que correspondan.16. Rol de la Superintendencia de Servicios de Salud. La Superintendencia de Servicios de Salud actuará como auspiciante y órgano de control en

la puesta en ejecución del sistema, aportando su asistencia técnica al grupo de obras sociales, tanto en los estudios de orden técnico, como en las sugerencias que correspondan a indicadores o parámetros referenciales de orden económico y prestacional. Además de la intervención de sus áreas técnicas en las situaciones que así lo hagan necesario, la Superintendencia de Servicios de Salud podrá utilizar su cuerpo de síndicos para el monitoreo del sistema. Las obligaciones y responsabilidades inherentes a las contrataciones serán asumidas por cada una de las obras sociales en el marco de los contratos que se celebren.17. Relación con los beneficiarios. En forma paralela y complementaria, se implicará una metodología que permita conocer el grado de satisfacción de los beneficiarios y recibir eventuales reclamos por deficiencias en la prestación de los servicios, con el objeto de proveer a su inmediata solución, a través de los mecanismos ya instrumentados al efecto por la Superintendencia de Servicios de Salud y los procedimientos adicionales que específicamente se resuelva aplicar como resguardo de un mejor cumplimiento de los objetivos previstos. A los fines indicados, las obras sociales deberán asegurar la existencia de canales directos de vinculación con los beneficiarios en el ámbito geográfico de que se trate, en tanto que la Superintendencia de Servicios de Salud actuará localmente a través de sus propias representaciones en cada una de las regiones.

**Anexo II SISTEMA DE CONTRATACIONES REGIONALES DE LAS OBRAS SOCIALES AGENTES DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD OBLIGATORIAMENTE INCORPORADOS**

1. Las obras sociales enunciadas en el art. 1°, incs. a) y h), de la ley 23660, que se encuentren en procedimiento de crisis por aplicación del decreto 1400/2001 y sus normas complementarias, o tramiten judicialmente su concurso preventivo de acreedores.

2. Las obras sociales respecto de las cuales se verifique suspensión, cortes o falta de prestación de servicios médico-asistenciales a sus beneficiarios en las provincias que se detallan en el anexo VII del presente, conforme se indica seguidamente:

a) La Superintendencia de Servicios de Salud determinará la existencia de la referida situación, mediante acto administrativo expreso, incorporando a los agentes del seguro de salud de que se trate al presente Sistema de Contrataciones, tomando en consideración los elementos de juicio que sustenten tal circunstancia.

b) Se tendrán en cuenta para ello -entre otros factores- las denuncias formales de los beneficiarios, las comunicaciones cursadas por los prestadores contratados, las constataciones realizadas por la propia superintendencia, o el reconocimiento expreso de la propia obra social acerca de la existencia del corte del servicio o falta de prestaciones.

c) Para sustentar la decisión de la Superintendencia de Servicios de Salud que se menciona en el punto anterior, el corte de servicio o la falta de prestaciones debe comprender al menos un nivel o un rubro completo de atención en el total del ámbito geográfico de una de las localidades de las provincias que se mencionan en el anexo VII.

d) En lo que hace a eventuales cortes de servicios dispuestos por prestadores respecto de determinada obra social, a los fines de la incorporación de esta última al presente sistema de contrataciones, la Superintendencia de Servicios de Salud evaluará si la medida se origina en incumplimientos del agente del seguro de salud, para lo cual podrá recabar las constancias del caso tanto del prestador, como de la respectiva obra social.

3. La constatación de graves deficiencias en la cobertura médico-asistencial a los beneficiarios de aquellas obras sociales no enunciadas en los puntos precedentes, facultará a la Superintendencia de Servicios de Salud a disponer, mediante acto administrativo expreso, su incorporación obligatoria al presente sistema.

4. Todas las obras sociales no incorporadas obligatoriamente, podrán adherirse voluntariamente al presente sistema de contrataciones, mediante presentación por escrito ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

**Anexo III SISTEMA DE CONTRATACIONES REGIONALES DE LAS OBRAS SOCIALES PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES**

1. **OBJETIVO GENERAL** El objeto del programa de acreditación y/o certificación de prestadores es promover la mejora institucional continua, mediante la incorporación de estándares mínimos que permitan homogeneizar las prestaciones y la calidad de la atención.

2. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Dar cumplimiento a los requisitos previstos para cada una de las etapas contempladas, en un todo de acuerdo con los tiempos estipulados en el programa.

b) Al finalizar los tres (3) años la totalidad de los prestadores ingresados al programa deberán encontrarse acreditados por la entidad competente reconocida por el Ministerio de Salud y Ambiente.

3. **METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN**

a) Podrán inscribirse en el programa de acreditación, aquellos prestadores que, previamente habilitados por su jurisdicción, hayan cumplido los requisitos vigentes para su inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, y además inicien el proceso de mejoramiento continuo de la calidad, dando cumplimiento a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Ambiente.

b) El objetivo final es lograr que cada tipo de prestador logre un nivel de calidad verificable por el proceso de evaluación externa cumpliendo las etapas pautadas.

c) El programa se desarrollará a lo largo de tres (3) años, tomando como punto de inicio la aceptación de la solicitud de ingreso al programa.

4. **METAS POR AÑO**

1er. año Requisitos para la inscripción:

a) Haber cumplido todos los requisitos vigentes para la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.

b) Presentación, con el carácter de "declaración jurada", asumiendo el compromiso de dar cumplimiento a los estándares que se definan para las distintas etapas contempladas en el programa, que le permitan alcanzar la acreditación o certificación por entidad competente reconocida por el Ministerio de Salud y Ambiente.

2do. año Estar incorporado al programa de mejoramiento de la calidad en lo que hace a por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los indicadores aplicables según tipo de establecimiento que se trate.

3er. año a) Estar incorporado al programa de mejoramiento de la

calidad en lo que hace a por lo menos el ciento por ciento (100%) de los indicadores aplicables según tipo de establecimiento que se trate. b) Haber concluido el proceso de acreditación. 5. *PROCESO CONTINUO* El proceso de evaluación externa es dinámico, por lo que continuará a lo largo del tiempo de acuerdo a la metodología que se establecerá oportunamente. **Anexo IV SISTEMA DE CONTRATACIONES REGIONALES DE LAS OBRAS SOCIALES RÉGIMEN DE DÉBITO AUTOMÁTICO**

Art. 1.- El presente régimen será de aplicación a las facturaciones correspondientes a servicios médico-asistenciales brindados a beneficiarios de las obras sociales incorporadas al Sistema de Contrataciones Regionales de Obras Sociales, que no fueran abonadas en los plazos pactados en los respectivos convenios. Sólo podrán ser presentadas al cobro previsto en el presente régimen las facturaciones que correspondan a prestaciones incluidas en la resolución del Ministerio de Salud 201/2002 y sus modificatorias. Quedan excluidas del presente régimen las prestaciones subsidiadas por la Administración de Programas Especiales que figuran en el anexo III de la resolución de la Administración de Programas Especiales 500/2004 o la que en el futuro la reemplace y cuyo cobro haya sido cedido por la obra social al prestador según el procedimiento establecido en el anexo III de la resolución de la Administración de Programas Especiales 9486/2003. Quedan también excluidos del presente Régimen los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, que podrán percibir las facturaciones impagas correspondientes a servicios brindados en el marco del presente sistema de contrataciones, a través de los mecanismos previstos en el decreto 939/2000, y en la resolución del Ministerio de Salud 487/2002 y su modificatoria.

Art. 2.- El contrato a celebrar entre el agente del seguro y el prestador, estipulará en forma específica la aplicación subsidiaria del presente régimen, por lo que el aludido instrumento constituirá la constancia de la expresa voluntad de la obra social para que, en caso de no abonarse las facturaciones en los plazos convenidos, se proceda al débito en sus cuentas recaudadoras a través de la Administración Federal de Ingresos Públicos, para cancelar la facturación impaga. En los casos de hospitales públicos de gestión descentralizada, el contrato deberá contemplar la facultad del establecimiento público de percibir las facturaciones a través de los mecanismos previstos en el decreto 939/2000, y en la resolución del Ministerio de Salud 487/2002 y su modificatoria.

Art. 3.- Constituye condición ineludible para que el prestador esté en condiciones de utilizar el presente régimen subsidiario de débito automático el cumplimiento de los requisitos mencionados en el Programa de Acreditación de Prestadores incluido en el anexo III.

Art. 4.- El prestador deberá presentar las facturaciones para su cobro ante el agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud, en un todo de acuerdo con lo estipulado en el contrato celebrado con la obra social. Las facturas serán abonadas por los agentes del seguro de salud de conformidad con los valores y plazos convenidos entre las partes.

Art. 5.- Las facturaciones a presentar al cobro por los prestadores deben cumplir la totalidad de los requisitos exigidos por las autoridades fiscales y previsionales nacionales y jurisdiccionales.

Art. 6.- Cuando las facturas se presenten directamente en el domicilio estipulado, el plazo se computará a partir del primer día hábil siguiente al que figure en el sello de recepción de la obra social. En caso de que el prestador envíe por correo la facturación, de acuerdo al contrato, a efectos de garantizar el contenido de la documentación acompañada, deberá remitirse por "carta expreso con confronte", computándose el plazo a partir del primer día hábil siguiente al de la constancia de recepción por parte del agente del seguro de salud.

Art. 7.- Vencido el plazo fijado contractualmente para abonar las facturaciones, el prestador deberá intimar a la obra social el pago de lo adeudado mediante carta documento o telegrama colacionado, para que en un plazo de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación fehaciente abone la facturación reclamada.

Art. 8.- Cumplido el plazo indicado en el artículo precedente, el prestador podrá solicitar ante la Superintendencia de Servicios de Salud la gestión de cobro de la facturación adeudada por la obra social, mediante la aplicación del presente régimen de débito automático.

Art. 9.- Los prestadores podrán reclamar la gestión de cobro de las facturaciones impagas mediante declaración jurada de las prestaciones efectivamente brindadas a los beneficiarios de los agentes del seguro de salud dentro de la vigencia del contrato celebrado entre las partes y/o mientras se mantenga vigente la última facturación a la obra social bajo el del Sistema de Contrataciones Regionales de Obras Sociales. Vencido dicho plazo los prestadores privados no podrán reclamar gestión alguna de cobro mediante débito automático a la Superintendencia de Servicios de Salud. Ello sin perjuicio de las acciones judiciales que pudieran iniciar contra el o los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, al vencimiento de los plazos previstos en el presente.

Art. 10.- Las facturaciones impagas podrán presentarse para su gestión de cobro por ante la Superintendencia de Servicios de Salud dentro de los ciento ochenta (180) días corridos contados desde la fecha en que la obra social debió abonar la facturación según lo estipulado en el respectivo contrato.

Art. 11.- En la presentación a realizar ante la Superintendencia de Servicios de Salud, solicitando la gestión de cobro bajo el presente régimen, los prestadores deberán acompañar la siguiente documentación: a) Nota de presentación a la máxima autoridad de la Superintendencia de Servicios de Salud. b) Declaración jurada, de acuerdo con el modelo que integra el presente anexo, firmada por el o los representantes legales del prestador, con las firmas certificadas por entidad bancaria o escribano público. c) Fotocopia certificada de la designación/es de autoridad/es legal/es del prestador solicitante. d) Fotocopia de la inscripción como prestador en el Registro Nacional de Prestadores de la Seguridad Social de la Superintendencia de Servicios de Salud. e) Fotocopia certificada de la/s factura/s remitida/s al agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud, con acuse

de recibo por parte de aquéllos, en los casos en que dichas facturaciones hubieran sido presentadas directamente en el domicilio estipulado en el contrato. En caso de que las facturas fueran remitidas por "carta expreso con confronte" deberán presentarse fotocopias certificadas del confronte de las facturas juntamente con el aviso de recepción del correo, conforme lo establecido en el art. 6 del presente anexo.f) 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) y el número de R.N.O.S. Cuando así correspondiere según lo estipulado en el contrato celebrado con la obra social, deberá además consignarse el detalle de las prestaciones y los montos respectivos, así como el nombre y apellido de/los beneficiario/s atendido/s.g) Fotocopia simple del contrato firmado entre el agente del seguro de salud y el prestador privado, que deberá estar autenticada por el/los representante/s legal/es responsables del prestador.h) Será condición para solicitar la gestión de cobro, que el prestador no registre incumplimientos de sus obligaciones impositivas y provisionales, a cuyo efecto la Administración Federal de Ingresos Públicos dictará las normas que permitan la verificación de este requisito.i) Fotocopia certificada de libre deuda de prestadores de la red, si correspondiera.Art. 12.- La Superintendencia de Servicios de Salud, cuando lo estime necesario, podrá solicitar información y/o documentación complementaria al prestador privado, como a la auditoría médica del agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud.Art. 13.- La Superintendencia de Servicios de Salud, dará vista previa fehaciente a la obra social del requerimiento del monto reclamado, por el término improrrogable de diez (10) días hábiles. Vencido dicho plazo sin que el agente del seguro de salud presente la constancia de pago del importe en cuestión, se dará intervención a la Administración Federal de Ingresos Públicos, comunicando los montos que corresponda debitar de las cuentas recaudadoras.Art. 14.- Toda la documentación que avale la presentación efectuada en el marco del presente régimen, deberá quedar en resguardo en poder del prestador y en el agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud por el lapso que estipulen las reglamentaciones legales.Art. 15.- Las presentaciones deberán efectuarse con la documentación requerida en el orden establecido en el art. 11 precedente, no debiendo acompañarse otro tipo de documentación.Art. 16.- En los casos en que la Superintendencia de Servicios de Salud hubiera objetado las facturaciones y/o montos y/o prestaciones, los prestadores podrán subsanarlas y refacturarlas a la obra social, debiendo en tales supuestos, cumplir con los plazos establecidos en el contrato y en la presente normativa para el pago de las facturaciones por parte del agente del seguro de salud, con carácter previo a su nueva presentación ante la citada Superintendencia.Art. 17.- Los montos reclamados no podrán ser inferiores a pesos quinientos (\$ 500), debiendo acompañar la documentación en expedientes que no superen las doscientas (200) fojas, salvo los casos en que tal límite obligara a dividir documentos que constituyan un solo texto. De ser varias las entidades deudoras, deberán incorporarse todas ellas en una sola presentación. En los casos que la facturación sea inferior a pesos quinientos (\$ 500), el prestador podrá efectuar una sola presentación en la que se incluyan diferentes facturas hasta alcanzar dicho monto.Art. 18.- La Superintendencia de Servicios de Salud podrá solicitar a los prestadores soportes magnéticos con 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 o las prestaciones contratadas.Art. 19.- La Superintendencia de Servicios de Salud podrá propiciar el desarrollo de acciones y/o programas tendientes a la estimulación y capacitación administrativa del personal, a fin de lograr procedimientos que agilicen la presentación en el marco de lo establecido en el presente Sistema.Art. 20.- La Administración Federal de Ingresos Públicos quedará facultada para dictar las normas complementarias a las disposiciones del presente anexo, en las cuestiones que hagan a su competencia.**DECLARACIÓN JURADA**La solicitud de gestión de cobro en el marco del presente régimen, por parte de los prestadores, deberá acompañar la siguiente información con carácter de "declaración jurada", certificada por entidad bancaria o escribano público:- Nombre del prestador:- N° de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Seguridad Social de la Superintendencia de Servicios de Salud:- Domicilio:- Localidad:- Provincia:- Código Postal:- Teléfono:- Fax:- Jurisdicción:- Número de cuenta bancaria:- Banco:- Sucursal bancaria:- Importe total solicitado en pesos:- Fecha: .../.../...- Representante/s legal/es:- Firma/s:- Sello/s:- Autenticación/es:**Anexo VSISTEMA DE CONTRATACIONES REGIONALES DE OBRAS SOCIALESLINEAMIENTOS GENERALES PARA EL MODELO PRESTACIONAL****1. COBERTURA**- Todas las prestaciones incluidas en la resolución del Ministerio de Salud 201/2002 , y sus modificatorias.**2. MODALIDAD CONTRACTUAL**- Contrato capitado.- La capitación podrá contratarse en forma integral, o bien desagregando los niveles y/o rubros de atención en: ambulatorio, internación y programas especiales subsidiados por la Administración de Programas Especiales, con financiamiento del Fondo Solidario de Redistribución.A su vez, en el nivel ambulatorio, se podrá desagregar las prestaciones odontológicas y de medicamentos ambulatorios.- Deberá convenirse en forma expresa el procedimiento a aplicar respecto de las prestaciones subsidiadas a través de la Administración de Programas Especiales.Las obras sociales podrán incorporar en el contrato prestacional que efectúen, la cesión de cobro de los subsidios presentados ante la Administración de Programas Especiales, por las prestaciones incluidas dentro del menú prestacional, debiendo dar cumplimiento al procedimiento establecido en el anexo III de la resolución de la Administración de Programas Especiales 9486/2003 .- Los prestadores y redes a contratar deberán encontrarse inscriptos en los

respectivos registros de la Superintendencia de Servicios de Salud y cumplir con los requisitos previstos en el presente sistema de contrataciones.- Las prestaciones según niveles deberán ajustarse a los siguientes detalles:a) Ambulatorio:- Consulta: en consultorio, de urgencia y emergencia en domicilio. Consulta programada en domicilio a mayores de los sesenta y cinco (65) años que no puedan movilizarse con un coseguro de pesos diez (\$ 10) la visita.- Atención ambulatoria de todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria competente.- Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos, detallados en el anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia incluyendo el material de diagnóstico y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.- Salud mental: Promoción y prevención.Hasta treinta visitas (30) por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de cuatro (4) consultas mensuales. Esto incluye las modalidades: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, psicoterapia grupal, individual, familiar, de familia y de pareja, psicodiagnóstico.- Rehabilitación ambulatoria:Kinesiología: hasta veinticinco (25) sesiones por año calendario y por beneficiario.Fonoaudiología: hasta veinticinco (25) sesiones por año calendario y por beneficiario.Estimulación temprana: en los términos que los define el anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia.- Los traslados que correspondan a pacientes en asistencia ambulatoria.- Odontología: conforme la resolución del Ministerio de Salud 201/2002 y sus modificatorias.- Medicamentos: Se asegurará en la asistencia ambulatoria la cobertura de medicamentos en un todo de acuerdo con lo dispuesto por la citada resolución 201/2002 y su modificatoria 310/2004 . Prescripción por nombre genérico.- Cobertura de otoplastias al ciento por ciento (100%) en niños de hasta quince (15) años.- Cobertura de anteojos con lentes estándar en niños de hasta quince (15) años.- Cobertura del cincuenta por ciento (50%) en prótesis y órtesis de colocación externa, no reconociéndose las prótesis denominadas mioeléctricas o bioeléctricas.Otras coberturas ambulatorias que deberán cubrirse en este nivel:- Medicamentos oncológicos según protocolos nacionales aprobados por la autoridad de aplicación al ciento por ciento (100%). Los medicamentos no oncológicos tendrán la cobertura del cuarenta por ciento (40%) a excepción del ondansetrón en el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.- Plan materno-infantil.- Programas de prevención de cánceres femeninos, en especial de cuello de útero y mama.- Odontología preventiva.- Cobertura de pacientes diabéticos de acuerdo al programa aprobado por la resolución del ex Ministerio de Salud y Acción Social 301/1999 .- Ciento por ciento (100%) de mestinón sesenta (60) mg. Para el tratamiento de la miastenia gravis de acuerdo a la resolución del ex Ministerio de Salud y Acción Social 791/1999 .b) Internación:- Se asegura el ciento por ciento (100%) de internación en cualquiera de sus modalidades. Todas las prácticas y coberturas del anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia se encuentran incluidas dentro de la cobertura, sin límite de tiempo.- Salud mental: Hasta treinta (30) días por año calendario, en patologías agudas, en la modalidad institucional u hospital de día.- Medicamentos: La cobertura será de un ciento por ciento (100%) en internados.- Los traslados que correspondan a pacientes internados.- Prótesis e implantes de colocación interna al ciento por ciento (100%), con las especificaciones que están previstas en la resolución del Ministerio de Salud 201/2002 y sus modificatorias.- Los cuidados paliativos, con cobertura al ciento por ciento (100%).- Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria al ciento por ciento (100%).- Eritropoyetina al ciento por ciento (100%) en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.- Plan Materno-Infantil.c) Programas especiales.- Todas las prestaciones comprendidas en la resolución de la Administración de Programas Especiales 500/2004 y sus modificatorias, cuyo financiamiento corresponda al Fondo Solidario de Redistribución.Coseguros:En todos los casos se adaptarán a lo dispuesto en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia.3. **MODELO DE ATENCIÓN**- Constituirá elemento esencial del modelo, la adecuada aplicación del sistema de cobertura a cargo de las obras sociales, a cuyo efecto éstas actuarán en forma individual o conjunta, de modo de proveer un aprovechamiento de los recursos disponibles y evitar la superposición de esfuerzos.- En forma adicional, se estipularán las acciones de gestión a cargo de las redes contratadas, que actuarán en forma coordinada con la actividad de gestión a desarrollar por los agentes del seguro de salud.- A los fines de la aplicación del sistema, constituirá una herramienta esencial el padrón de beneficiarios, debiendo contemplarse las normas y procedimientos aplicables para su constante actualización.- El modelo se sustentará en el rol a cumplir por el médico de cabecera, como pilar y puerta de ingreso al sistema de cobertura. A los fines indicados, los prestadores deberán organizar una red de médicos de cabecera, distribuidos conforme la ubicación y composición de la población a atender.- El sistema contemplará el monitoreo y supervisión del médico de cabecera, como asimismo su capacitación y entrenamiento. Tendrán a su cargo la atención primaria de la salud, entendiendo como tal no sólo el primer nivel de atención, sino además una estrategia de la organización de los servicios.- Por lo tanto se propiciarán las acciones de prevención primaria y secundaria de la salud de los pacientes incluidos en el programa, con documentación respaldatoria, disponible y pasible de evaluación por parte de las obras sociales contratantes y de la Superintendencia de Servicios de Salud.- Cuando el médico de cabecera derive al beneficiario a otros niveles de complejidad, deberá supervisar e intervenir en el itinerario del paciente mientras se encuentre haciendo uso del sistema. Con respecto al segundo nivel, el efector deberá comunicar al médico de cabecera el ingreso del paciente, dentro de las 24 hs de producida la internación.- Deberá preverse la organización de los niveles y rubros de atención en redes de complejidad creciente y perfectamente articuladas entre sí. Este

requisito deberá cumplirse aun en el supuesto de que la capitación no se contrate en forma integral, sino desagregada.- En los supuestos de que la complejidad existente en el ámbito geográfico de que se trate impida dar una adecuada respuesta a determinadas prestaciones, deberán preverse en forma expresa los mecanismos y lugares de derivación del paciente fuera de la jurisdicción.- En atención a la modalidad de contratación adoptada, deberá estipularse que quedará a cargo de la red contratada el costo de las prestaciones que deban brindarse al beneficiario que, eventualmente, se encuentre en tránsito fuera del ámbito geográfico cubierto por contrato y sufra una patología aguda o episodio de reagudización que no admita dilaciones en su atención.- Como contrapartida, se establecerá la forma de pago de los servicios que deban ser brindados por la red contratada a beneficiarios no residentes en la jurisdicción, y por ende no incluidos en el padrón, que se encuentren en tránsito en el ámbito geográfico cubierto por contrato.- Se estipularán las actividades conjuntas a realizar en materia de prevención, en forma coordinada entre las obras sociales agrupadas en la región y las redes contratadas.

**Anexo VISISTEMA DE CONTRATACIONES REGIONALES DE LAS OBRAS SOCIALES GUÍA PARA LOS CONTRATOS A CELEBRAR ENTRE LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD Y LOS PRESTADORES**

1. Los contratos deberán ajustarse a las Guía para los Contratos con Prestadores, aprobada por la resolución 194/2001 de la Superintendencia de Servicios de Salud y sus modificatorias.2. Deberá consignarse, en forma expresa, que el contrato se celebra en un todo de acuerdo con las disposiciones del presente Sistema de Contrataciones Regionales de Obras Sociales.3. Aunque las condiciones contractuales surjan de la negociación entre el grupo de obras sociales y de prestadores para el ámbito geográfico de que se trate, deberá estipularse que cada agente del seguro de salud mantendrá su individualidad jurídica y económica en lo que hace a sus derechos y a las obligaciones asumidas.4. Se incluirá una cláusula que deje constancia del número de inscripción de cada uno de los prestadores en el Programa de Acreditación de Prestadores, que constituye el anexo III.5. Se dejará constancia del número de inscripción en el registro habilitado al efecto por la Superintendencia de Servicios de Salud.6. Se consignará, en forma expresa, la aceptación por ambas partes de las disposiciones del régimen de débito automático de las facturaciones, correspondientes a los servicios objeto de la contratación que no hubieren sido abonados en los plazos pactados.7. El esquema de cobertura médico-asistencial contenido en el contrato se ajustará a los lineamientos generales para el modelo prestacional que se detallan en el anexo V.8. De corresponder, se dejará constancia de la gestión conjunta de aquellas obras sociales que así lo hubieran acordado, referidas a la administración y auditoría de las prestaciones, precisándose sus alcances.9. Deberán acordarse en forma expresa, la metodología a utilizar para conocer el grado de satisfacción de los beneficiarios y recibir eventuales reclamos por deficiencias en la prestación de los servicios, con el objeto de proveer a su inmediata solución.10. En forma adicional, se dejará constancia de que la Superintendencia de Servicios de Salud actuará localmente a través de su propia representación, con el objeto de recibir y encauzar la solución de eventuales reclamos, y orientar al beneficiario acerca de sus derechos.

**Anexo VII SISTEMA DE CONTRATACIONES REGIONALES DE LAS OBRAS SOCIALES NÓMINA DE PROVINCIAS INCORPORADAS (POR ORDEN ALFABÉTICO)** Catamarca. Corrientes. Chaco. Chubut. Entre Ríos. Formosa. Jujuy. La Pampa. La Rioja. Misiones. Neuquén. Río Negro. Salta. San Juan. San Luis. Santa Cruz. Santiago del Estero. Tierra del Fuego. Tucumán. Referencias: Const. Nac. : 199-A-26 - L 23660 : -A-51 - L 23661 : -A-58 - D 1400/2001 : 200-D-4891 - D 1615/1996 : 19-C-3464 - A.P.E. res. 500/2004 : 200-A-413 - M.S. res. 487/2002 : 200-C-3614 - S.S. Sal. res. 194/2001 : 200-B-2165.