

CIRCULAR N°11

PRESTACIONES Y MÓDULOS DE ATENCIÓN PERINATAL DE ALTA COMPLEJIDAD

*Normas de procedimiento para la
facturación, el control y pago*

Vigencia a partir del 01-07-2016

Sumar



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

I- OBJETIVO

Proveer de una guía con pautas básicas a quienes intervengan en las funciones administrativas de facturación, control y financiamiento de las prestaciones y módulos incorporados en el Plan de Servicios de Salud del programa SUMAR correspondientes al Paquete Perinatal de Alta Complejidad.

En este documento se considera la normativa vigente a partir del 01-07-2016 y los criterios que se han establecido desde la UEC para ser aplicados en los procesos de la facturación, presentación, control, autorización de los pagos y sus transferencias con el objetivo de lograr uniformidad en la aplicación de dichas normas.

II- DESTINATARIOS

Responsables de las Áreas de Facturación de los Efectores, Responsables de la recepción, control, autorización y pago de la facturación recibida por el Programa SUMAR y para los Responsables de la UFI-S dentro del circuito de las prestaciones Catastróficas.

III-CONTENIDO

1-PRESTACIONES Y MÓDULOS DEL PPAC

- a) NO CATASTRÓFICAS
- b) CATASTRÓFICAS

2-POBLACIÓN CUBIERTA-REQUISITOS

3-FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES Y MÓDULOS

4-CRITERIOS PARA LA CODIFICACIÓN Y VALORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES Y MÓDULOS

5-FACTURACIÓN

- a) REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
- b) NORMAS PARTICULARES PARA LOS MODULOS CATASTRÓFICOS
- c) DETERMINACIÓN DEL VALOR A FACTURAR

6-PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS

- a) FORMALIDAD
- b) PLAZO
- c) ANTIGUEDAD DE LAS PRESTACIONES Y MÓDULOS

7-CONTROL Y AUTORIZACIÓN DE LOS PAGOS

- a) PLAZOS
- b) NOTIFICACIONES

8-PAGOS OBJETADOS POR LAS AUDITORIAS-APLICACIÓN DE DEBITOS A LOS ESTABLECIMIENTOS

9-RECOMENDACIONES

1- PRESTACIONES Y MÓDULOS DEL PPAC

Las prestaciones y módulos incluidos en el Paquete Perinatal de Alta Complejidad (PPAC) financiados por el programa SUMAR, se han clasificado en "NO CATASTRÓFICAS" y "CATASTRÓFICAS".

a) Las "NO CATASTRÓFICAS" son las siguientes:

- › Prestaciones ambulatorias de embarazo de alto riesgo.
- › Módulos de internación de embarazo de alto riesgo.
- › Hospital de día en embarazo de alto riesgo.
- › Módulo de seguimiento ambulatorio del RN de alto riesgo.
- › Módulos quirúrgicos de las siguientes patologías del neonato:
 - Malformación ano-rectal
 - Mielomeningocele
 - Hidrocefalia congénita

b) Las "CATASTRÓFICAS" son las siguientes:

- › Módulo de internación RNPT de 500 a 1500 gramos con requerimiento de ARM o CPAP.
- › Módulo de internación RNPT de 500 a 1500 gramos sin requerimiento de ARM o CPAP.
- › Módulos quirúrgicos de las siguientes patologías del neonato:
 - Atresia esofágica
 - Gastroquisis
 - Oclusión intestinal

Esta clasificación responde a niveles de incidencia y costo de las prestaciones, estableciendo fuentes de financiamiento diferenciales con el objeto de asegurar el acceso a las mismas por parte de toda la población elegible del Programa

El PPAC está dirigido a mujeres embarazadas que cursan un embarazo de alto riesgo y a neonatos que requieren atención de alta complejidad, es de destacar que fueron seleccionadas las patologías de alto riesgo con mayor impacto en la morbilidad materno neonatal.

Las patologías incluidas como alto riesgo son:

Embarazo y puerperio:

- Hipertensión en el embarazo (hipertensión arterial inducida por el embarazo, hipertensión arterial crónica, emergencias hipertensivas)
- Diabetes Gestacional
- Amenaza de parto prematuro
- Hemorragia postparto
- Retardo de crecimiento intrauterino

Recién Nacidos: I

- Recién nacido pre término < de 1500 gr CON requerimiento de ARM o CPAP
- Recién nacido pre término < de 1500 gr SIN requerimiento de ARM o CPAP
- Hidrocefalia congénita
- Mielomeningocele
- Ano imperforado
- Atresia de esófago
- Gastroquisis
- Oclusión intestinal
- Módulo de seguimiento de RN de alto riesgo

Respecto de los Efectores, se mantiene vigente la clasificación establecida para los establecimientos que conforman la red de atención provincial en las siguientes categorías:

- › Hospital Pediátrico
- › Maternidad Nivel II
- › Maternidad Nivel III A
- › Maternidad Nivel III B

Cada establecimiento deberá contar con el "Compromiso de Gestión" o, de corresponder, una "Addenda" en cuyo objeto quede claramente determinado el detalle de prestaciones ambulatorias y de internación autorizadas a facturar por el prestador.

Para determinar el nivel de complejidad de cada establecimiento participante se consideró la categorización de maternidades realizada por la DINAMI, según las siguientes Normas de Organización y funcionamiento de los Servicios de Maternidades y Neonatologías:

- "Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales"-Resolución MSAL N°641/2012 que deroga la Res. MSAL N° 306/2002) y;

- "Norma de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad" (Res. MSAL Nº 348/2003) publicada por la Dirección de Calidad de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación son las dependencias que evalúan el cumplimiento de las condiciones establecidas

2- POBLACIÓN CUBIERTA-REQUISITOS

- › Mujeres embarazadas de Alto Riesgo
- › Niños de 0 a 6 años Recién Nacidos (RN) Malformaciones Quirúrgicas,
- › Niños de 0 a 6 años-Recién Nacidos: Módulos Prematurez,

Para que la cobertura pueda ser financiada por el Programa SUMAR debe cumplir con los requisitos de elegibilidad e inscripción

▪ **Beneficiario elegible**

Se consideran elegibles a las mujeres embarazadas y neonatos que carecen de cobertura explícita de salud, es decir no deben figurar en el PUCO en el mes de la prestación.

▪ **Inscripción**

- a) cuando la inscripción sea anterior o igual a la fecha de la prestación o del inicio del módulo, se liquidará al 100 % de su valor
- b) SOLO APLICABLE A LOS MODULOS CATASTROFICOS :
cuando la inscripción sea posterior a la fecha de la prestación o del inicio del módulo, la UGSP, en su función de control liquidará su valor con una penalidad equivalente al 50 % del valor que corresponda.

El Programa ha provisto una herramienta de consulta on-line con libre acceso.

Para tener en cuenta:

La dirección es: <http://200.69.210.1/nacer/index.php>

Una vez en la página pulsar con el mouse en "Ingresar", el usuario y contraseña es "consulta".

3- FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES Y MÓDULOS

Se mantienen las siguientes fuentes de financiamiento:

- a) Los fondos que financiarán las prestaciones y módulos comprendidos en la clasificación de "NO CATASTROFICAS", provendrán de las cuentas provinciales de los Seguros Públicos Provinciales de Salud del Programa SUMAR.

- b) Los fondos que financiarán las prestaciones y módulos comprendidos en la clasificación de "CATASTROFICAS", provendrán de la cuenta denominada "CUENTA DEL FONDO DE REASEGURAMIENTO SOLIDARIO DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS" (FRSEC). Dicha cuenta será administrada por la Unidad de Administración (UA) que funciona en el ámbito de la Unidad de Financiamiento Internacional de Salud (UFI-S) del Ministerio de Salud de la Nación. Los fondos serán administrados por cuenta y orden de las UGSP.

4- CRITERIOS PARA LA CODIFICACIÓN Y VALORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES Y MÓDULOS

Se mantiene vigente y obligatoria la codificación de las prestaciones y Módulos, de tal manera que permitan identificar el procedimiento y la patología.

Para la codificación de los diagnósticos del PPAC se utilizó la codificación del CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, de la Organización Mundial de la Salud).

Esta estructura permite la obtención de información relevante a partir de los datos de los beneficiarios y de la facturación de las prestaciones.

- El valor de las prestaciones y módulos No Catastróficos será el que le asigne cada UGSP para su jurisdicción.
- El valor de las prestaciones y módulos Catastróficos, denominados Módulos de Atención Neonatal de Enfermedades Catastróficas será el mismo en todas las provincias. De acuerdo a lo establecido en el Reglamento Operativo, el valor asignado a cada módulo será el mismo para todos los Prestadores participantes, dicha valorización será administrada por la UEC, por delegación de las provincias.

IMPORTANTE

Si bien en aspectos generales se mencionan las características de todo el Paquete Perinatal de Alta Complejidad, este instructivo focaliza de manera particular a **la gestión administrativa de la facturación, control y pago de los módulos catastróficos, financiadas por el Fondo de Reaseguramiento Solidario para Enfermedades Catastróficas (FRSEC).**

Matriz Diagnóstica

CODIFICACIÓN CIE10 PATOLOGÍAS LÍNEAS DE CUIDADO PRETÉRMINOS Y CIRUGÍA NEONATAL	
PATOLOGÍA NEONATAL QUIRÚRGICA	
Atresia de esófago sin mención de fístula	Q39.0
Atresia de esófago con mención de fístula	Q39.1
Fístula tráqueo esofágica congénita sin mención de atresia	Q39.2
Gastrosquisis	Q79.3
Ausencia, atresia y estenosis congénita del intestino delgado	Q41
Ausencia, atresia y estenosis congénita del intestino grueso	Q42
Malformación congénita de mal fijación del intestino	Q43.3
Duplicación del intestino	Q43.4
Ausencia, atresia y estenosis congénita del recto con fístula	Q42.0
Ausencia, atresia y estenosis congénita del recto sin fístula	Q42.1
PATOLOGÍA NEONATAL – PREMATUREZ	
Peso extremadamente bajo al nacer	P07.0
Inmadurez extrema	P07.2

Módulos catastróficos del PPAC:

Grupo de niños de 0 a 6 años		
MÓDULO	CÓDIGO	DEFINICIÓN
Atresia esofágica	IT Q009 Q39.0-Q39.1-Q39.2	Cualquiera de los tipos de atresia esofágica.
Gastrosquisis	IT Q010 Q79.3	Defecto del cierre de la pared abdominal, excluido el onfalocele.
Oclusión intestinal	IT Q011 Q41 – Q42 – Q43.3 – Q43.4	Cuadros de oclusión intestinal en el recién nacido, incluye: atresias intestinales, malrotación intestinal, vólvulo, compresiones externas, hernias y duplicación intestinal (no incluye la aganglionosis intestinal).

Grupo de niños de 0 a 6 años		
MÓDULO	CÓDIGO	DEFINICIÓN
RNPT de 500 a 1500gr. con requerimiento de ARM o CPAP	IT E013 P07.0 – P07.2	Atención de los bebés prematuros (recién nacido pre término con 500 a 1500gr.), durante los primeros días de vida con requerimiento de CPAP o ARM.
RNPT de 500 a 1500gr. sin requerimiento de ARM o CPAP	IT E014 P07.0 – P07.2	Atención de los bebés prematuros (recién nacido pre término con 500 a 1500gr.) durante los primeros días de vida sin requerimiento de ARM ni CPAP.

5- FACTURACIÓN

a) REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Formales

- › Compromiso de Gestión firmado y vigente entre el establecimiento y el Seguro Provincial de Salud.
- › Paciente inscripto previo a ordenar el pago.
- › El paciente debe contar con la cobertura que otorga estar inscripto con fecha igual o anterior al inicio de la prestación, por tal motivo y considerando que estas prestaciones se brindan a los Recién Nacidos se requiere especial atención en registrar la inscripción de los niños con vigencia a partir del día de su nacimiento.
- › La factura deberá detallar las prestaciones respetando la codificación prevista. Dicha codificación permitirá identificar el procedimiento y la patología y deberá estar incluida en el Plan de Servicios de Salud (PSS) del Programa.
- › La facturación será presentada ante UGSP de la jurisdicción del inscripto.

Documentales (Documentación de respaldo a la Facturación)

La documentación necesaria para respaldar la facturación ha sido definida de acuerdo al siguiente criterio:

1. Para las prestaciones ambulatorias, excepto las que se detallan en el cuadro siguiente, requerirán los mismos requisitos que las restantes prestaciones que integran el conjunto de Servicios Preventivos y Generales de Salud.
2. El resto de las prestaciones/módulos requerirán la presentación de los siguientes reportes para su facturación:

	Prestaciones y Módulos	Códigos	Reporte	Requisitos
Embarazo de alto riesgo	Módulos de internación (a excepción de los que culminan en parto)	IT E007 010.0-010.4-011-014-015: emergencia hipertensivas: Preclampsia grave, Eclampsia, Síndrome de Hellp (internación) IT E008 P05-047: Amenaza de parto prematuro (internación) IT Q004 072.1-072.2: Hemorragia post parto con histerectomía. IT E010 024.4: Diabetes Gestacional. (Hospital de día) IT E011 016-010.0-010.4: Hipertensión en embarazo (Hospital de día)	Epicrisis	La Epicrisis deberá estar firmada por el médico responsable.
	Prestaciones que se brindan en el Hospital de día	IT E012 098.4: Restricción del crecimiento intrauterino: pequeño para edad gestacional. IT E010 024.4: Diabetes gestacional IT E011 016-010.0-010.4: Hipertensión en el embarazo		

2016. "Año del Bicentenario de la Declaración de la Independencia Nacional."

	Módulos de internación que culminan en parto	IT E009 024.4: diabetes Gestacional CON o SIN requerimiento de insulina (internación)	Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) – SIP Gestión	En caso de que se efectúe la carga en SIP gestión, se requiere la presentación de la impresión de pantalla a modo de reporte
	Referencia oportuna de embarazada de alto riesgo al efector de complejidad adecuada para el seguimiento de su embarazo.	NT N006 Dxxx: Referencia oportuna de embarazo de alto riesgo (Ver Matriz Diagnóstica)	Reporte de referencia oportuna de embarazada	El reporte debe ser realizado por el profesional que refiere a la embarazada, dejando constancia del lugar de derivación de la paciente.
Recién nacido de alto riesgo	Módulo de traslado de la embarazada	TL M041 Dxxx: Traslado del gestante con diagnóstico de patología del embarazo, APP o malformación fetal mayor a centro de referencia. (Ver Matriz Diagnóstica)	Reporte de traslado de embarazada a un centro de referencia.	Se requiere que el reporte: _ En todos los casos sea firmad por el profesional que solicita el traslado y por aquel profesional que lo recibe. _ En caso de traslados sucesivos a más de una institución, debe completarse en cada tramo.
	Módulos de internación neonatal y quirúrgicos	IT Q009 Q39.0 - Q39.1 - Q39.2: Artesia Esofágica IT Q010 Q79.3: Gastroquisis IT Q011 Q41 - Q42 - Q43.3 - Q43.4 : Oclusión Intestinal IT Q012 Q42.0 - Q42.1 - Q42.2 - Q42.3 : Malformación Ano rectal; IT Q013 Q05: Mielomeningocele IT Q014 Q03: Hidrocefalia; IT E013 P07.0 - P07.2: Recién Nacido pre-término de 500 a 1500 grs. CON requerimiento de ARM o CPAP.	Reporte atención RN	El reporte debe ser realizado por el profesional responsable al egreso del módulo correspondiente o al momento del fallecimiento del paciente, si el mismo ocurre antes de los 30 días de vida. En el caso del RN pre-término, el egreso del módulo podrá tener lugar, como plazo máximo, a los 30 días de su ingreso a UTI.

2016. "Año del Bicentenario de la Declaración de la Independencia Nacional."

		IT E014 P07.0 - P07.2: Recién Nacido pre-término de 500grs. SIN requerimiento de ARM o CPAP.		
Módulo de seguimiento del RN de alto riesgo	CT C020 Dxxx Ve matriz Diagnóstica: Ingreso	Reporte de ingreso al consultorio de alto riesgo para el seguimiento del RN	El reporte debe ser llenado por el Consultorio de alto Riesgo al Ingreso al módulo.	
Módulo de seguimiento del RN de alto riesgo	CT C021 Dxxx Ver Matriz Diagnóstica: Egreso	Reporte de egreso del consultorio de alto riesgo para seguimiento del RN	El reporte debe ser llenado por el Consultorio de Alto Riesgo, al egreso del módulo (a los 3 meses de su ingreso).	
Módulo de traslado neonatal	TL M040 Dxxx Ver Matriz Diagnóstica: Traslado del RN de 500 a 1500 grs. o con malformación fetal quirúrgica a un centro de referencia.	Reporte de traslado neonatal a un centro de referencia	Se requiere que el reporte: _En todos los casos sea firmado por el profesional que solicita el traslado, que lo realiza y que lo recibe. _En caso de traslados sucesivos a más de una institución, el reporte debe completarse en cada tramo.	

Otros procedimientos a tener en cuenta para una correcta facturación.

- › Considerando su fuente de financiamiento confeccionar facturas separadas para las prestaciones No catastróficas y para las Catastróficas.
- › Es excluyente la presentación adjunta a la factura de los reportes detallados en el cuadro anterior (Documentación de respaldo), los que deberán cumplir con los requisitos descriptos para que la UGSP pueda autorizar su financiamiento.
- › En el caso que el efector emita una factura mensual que comprenda la atención de varios beneficiarios, deberá incluir detalle por beneficiario de los códigos facturados
- › Sólo se podrán facturar los módulos y/o prestaciones que se encuentren incluidos en el Plan de Servicios de Salud del Programa SUMAR.
- › Las prestaciones y/o módulos facturados deberán estar debidamente registrados en la Historia Clínica del paciente y podrán ser objeto de auditoría en terreno, posterior al pago.

b) NORMAS PARTICULARES PARA LOS MÓDULOS CATASTRÓFICOS

- › Alta de la cuenta bancaria en la UFI-S
El establecimiento deberá tener la cuenta bancaria aprobada en la UFI-S para que puedan ser transferidos los fondos.
Hasta tanto se incluya en un Sistema Informático, el procedimiento se llevará a cabo a través de la UGSP completando los datos del formulario, "Alta de Beneficiario". Es requisito enviar el formulario por correo postal a la UFI-S en original y debidamente firmado por el responsable del Efector.
- › Si el efector emite una factura mensual que comprenda la atención de varios beneficiarios, en los casos de recién nacidos pre-término deberá incluir el detalle por beneficiario que permita determinar la cantidad de días y su modalidad, como también los casos quirúrgicos. Dicho detalle deberá estar adjunto a la factura
- › El financiamiento de los módulos será procedente sólo si los pacientes han sido debidamente inscriptos, no obstante para la cobertura catastrófica la UGSP podrá hacer efectiva dicha inscripción antes del pago con la aplicación de una multa al establecimiento, equivalente al 50% del importe liquidado.
Es decir que, en el caso en que la inscripción fuese posterior a la fecha de la prestación o inicio del módulo y su condición era elegible al momento de la prestación, será objeto de una penalidad del 50% del valor de la prestación liquidada.

c) DETERMINACIÓN DEL VALOR A FACTURAR

Módulos quirúrgicos

El valor total de los Módulos quirúrgicos estará determinado por un importe fijo, el acto quirúrgico y por un importe variable que comprende la cantidad de días pre y post quirúrgicos y de estos últimos según correspondan a UTI o Cuidados Intermedios.

El Programa SUMAR ha fijado límites en la cantidad de días a financiar, por lo tanto la información que se incluirá en el Reporte deberá coincidir con la Historia Clínica, pero el financiamiento estará condicionado a los límites en la cantidad total de días según el siguiente detalle:

MÓDULO	DIAS ESTADA PREQUIRURGICA	DIAS MAXIMOS EN UTI POST QUIRÚRGICO	DIAS MAXIMOS EN CUIDADOS INTERMEDIOS POST QUIRÚRGICO
Atresia Esofágica	1 día	5 días	10 días
Gastroquisis	1 día	5 días	10 días
Oclusión Intestinal	1 día	5 días	10 días

Cómo se cuentan los días post-quirúrgicos:

1er día corresponde al día de la operación y el último, al día previo al alta médica, excepto fallecimiento en cuyo caso cuenta como último día.

- Día del alta médica, no se paga
- Día del fallecimiento, sí se paga

Oportunidad de las intervenciones:

Sólo a título informativo se indica el periodo en el cual se estima que deben ser realizadas las intervenciones del PPAC catastróficas.

Intervención	Hasta los:
Gastroquisis	3 días de vida
Atresia de esófago	7 días de vida
Oclusión Intestinal	7 días de vida

Se recomienda que en el detalle de las facturaciones se indique la fecha real de dichas intervenciones

Tener en cuenta:

- No se podrán superponer los módulos quirúrgicos y prematurez en la facturación, en todo caso, comenzará el de Prematurez, luego se suspenderá para iniciar el quirúrgico y podrá reiniciarse cuando finalice.
- Si se realizan dos (2) o más Cirugías, corresponde facturar los actos quirúrgicos pertinentes y solo una cobertura en los días pre y post

Módulo Prematurez

El Programa SUMAR ha fijado límites en la cantidad de días a financiar, por lo tanto la información que se incluirá en el Reporte deberá coincidir con la Historia Clínica pero su financiamiento estará sujeto a los límites en la cantidad de días según el siguiente detalle:

MÓDULOS	DIAS MAXIMOS
RNPT de 500 a 1500 gr CON con requerimiento de ARM o CPAP	30 Días por niño
RNPT de 500 a 1500 gr SIN requerimiento de ARM o CPAP	

Cómo se cuentan los días

1er día al nacimiento o ingreso a UTI y último el día previo al alta de la terapia, excepto fallecimiento en cuyo caso cuenta como último día.

- Día del alta médica, no se paga
- Día del fallecimiento, sí se paga

Tener en cuenta:

- Peso entre 500 y 1500grs.
- Estadía mínima 48 hs.
- Máximo 30 días independientemente de la modalidad **con o sin** ARM o CPAP.
- La cobertura es hasta los 30 días de vida del niño, pero si nació en otro Establecimiento y fue trasladado dentro de las 48 hs. de vida, la cobertura se extiende hasta los 32 días de vida.
- Si el niño NO nació en el mismo Efector y NO cumple con la condición de ingreso al establecimiento hasta 48 hs. de vida, el límite de la cobertura se fija a los 30 días de vida, independientemente de la modalidad con o sin ARM.

6- PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS

a) FORMALIDAD

En concordancia a la política de reducción de papel a la que el Programa Sumar adhiere, se prevé la implementación de un Sistema informático en plataforma web, para los Módulos Catastróficos, mediante el cual los establecimientos deberán cargar la información que determinará la facturación y facilitará todos los controles para su pago.

Tanto en el Sistema informático, como en la modalidad formato papel, la facturación estará compuesta por la siguiente documentación o información:

- i. Factura en la que deberá identificar: Datos del/los beneficiario/s; Número de prestador; Códigos de las prestaciones y módulos del Plan de Servicios de Salud y sus valores.
En caso de tratarse de factura en formato papel, la misma deberá ser firmada por el Responsable Administrativo del Prestador.
- ii. Reporte sanitario definido para cada prestación o módulo (detallado en documentación de respaldo).

b) PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN

Se mantiene el plazo para la presentación de la facturación dentro de los (10) diez primeros días o el día hábil siguiente de cada mes.

Las presentaciones cerradas o efectuados con posterioridad, podrán ser consideradas como presentadas el día 10 del mes siguiente. Dicha situación deberá ser comunicada fehacientemente al Prestador.

c) ANTIGÜEDAD DE LAS PRESTACIONES Y MÓDULOS

- › Hasta 4 meses (120 días): es el requisito establecido para que una prestación pueda ser financiada a los valores establecidos.
- › **SOLO APLICABLE A LOS MODULOS CATASTROFICOS:**
Mayor a 4 meses (120 días) y menor a 6 meses (180 días): en los casos en que el prestador presente para el cobro un módulo con una antigüedad dentro del rango mencionado, una vez controlado y autorizado el pago correspondiente, la UGSP le aplicará una multa equivalente al 50% del monto liquidado.
- › Mayor a 6 meses (180 días): no podrán ser financiadas.

Cómo se mide el plazo para determinar la antigüedad de los módulos quirúrgicos.

Módulos Quirúrgicos: alta del establecimiento:

El inicio del plazo se mide a partir de la fecha **de alta del establecimiento** o fallecimiento, independientemente de los días cubiertos por cada módulo quirúrgico.

Módulos Prematurez: alta del módulo:

El inicio del plazo se mide a partir del alta del módulo, dada por los días de su cobertura:

Es decir que el Módulo "RNPT de 500 a 1500 g con o sin requerimiento de ARM o CPAP **mantiene vigente** como inicio para medir el plazo para su facturación, los 30 días de vida del niño si nació en el establecimiento. De haber nacido en otro establecimiento y fue trasladado dentro de las 48 hs. de vida el plazo se extiende hasta los 32 días de vida como cobertura del módulo prematurez.

El plazo concluye el día de la presentación de la facturación, de manera independiente al considerado para su recepción (10 de cada mes), atento a que esté último se considera exclusivamente para medir el plazo de control que tiene la Provincia.

7- CONTROL Y AUTORIZACIÓN DE LOS PAGOS

Recibida la documentación y controlados los conceptos facturados, la UGSP podrá aceptar total o parcialmente la misma y emitirá o generará en el sistema informático, una Orden de Pago, la que será diligenciada en provincia para las prestaciones y módulos no catastróficos y a la Unidad de Administración (UA) del Fondo de Reaseguramiento Solidario de Enfermedades Catastróficas (FRSEC), para las catastróficas.

En todos los casos la Orden de pago deberá adjuntar copia de la factura que la origina y en concordancia a este criterio el sistema informático (SIGOP) tiene previsto el acceso a la factura.

a) PLAZOS

Prestaciones No catastróficas plazo total para su aprobación, pago y notificación

Recibida la documentación, la UGSP, **deberá efectivizar el pago dentro de un plazo de 50 días corridos.**

El pago será efectivo cuando haya sido ejecutada la transferencia a la cuenta corriente que el efector haya indicado en el compromiso de gestión vigente y la UGSP haya notificado la misma con detalle de la factura que se cancela, el monto y en el caso de haberse producido ajustes, las razones de los mismos.

Cuando el pago le corresponda a un Efector perteneciente a otra provincia, la UGSP que efectúe el pago deberá NOTIFICAR también a la UGSP de la jurisdicción del Prestador.

Este procedimiento se basa en la necesidad de que cada UGSP deberá estar notificada de las transferencias que reciban los Establecimientos de su jurisdicción de parte del Programa SUMAR, independientemente de la provincia que realice el pago.

Prestaciones Catastróficas plazos para su aprobación, pago y notificación

i. Plazo para el proceso de control y emisión de la Orden de Pago.

Recibida la documentación, la UGSP **deberá proceder a su control y a la emisión de la Orden de Pago dentro de un plazo de 10 días corridos.**

Dicho plazo se mide a partir del día 10, es decir a partir del día en que vence el plazo para presentar la facturación y culmina con la recepción en la UFI-S.

En síntesis, para los establecimientos la presentación vence el día 10 de cada mes, para las UGSP el plazo para el envío de las OP a la UFI-S vence el día 20.

ii. Plazo de la Unidad de Administración del FRSEC para ejecutar las Órdenes de Pago

Notificada y recibida la Orden de Pago, la UA del FRSEC verificará su correspondencia con la factura que la originó, y realizará la transferencia al Prestador por cuenta y orden de la UGSP, contando con un plazo máximo de 10 días de recibida.

La transferencia de fondos se realizará a la cuenta corriente denunciada por el Prestador, de acuerdo al procedimiento establecido por la UFI-S.

La UA del FRSEC notificará fehacientemente la misma a la UEC, al Prestador, a la UGSP de la jurisdicción del Prestador y a la UGSP que ordenó el pago.

Devolución al Establecimiento de la documentación erróneamente presentada ante la UGSP.

Si a partir de los controles, surge que el establecimiento ha presentado de manera errónea la factura y/o documentación de respaldo la UGSP deberá notificar dicha situación al Efector a través de los correos informados en el Compromiso de Gestión vigente.

De ser necesario devolverá la documentación **y le otorgará un plazo de 7 (siete) días corridos** para que subsane el error, dejando constancia en el expediente. Este plazo suspende el fijado para que la UGSP cumpla con el control y pago de la factura.

Con el sistema informático no se prevé devolución sino rechazo de la factura y nueva presentación.

b) NOTIFICACIONES

El sistema informático, tiene previstas y automatizadas las notificaciones requeridas, ratificándose su vigencia y función.

Será responsabilidad de cada receptor (Establecimiento, UGSP, UFIS y de la UEC) mantener actualizados los datos en el sistema y sus correos electrónicos.

Se detallan las notificaciones vigentes en la gestión de control y pago:

i. La UGSP, deberá notificar

Al Efector:

- › el resultado del control realizado en las facturas y los datos de la Orden de Pago resultante.
- › de corresponder los débitos que se aplicarán en futuros pagos por controles posteriores de la ACE y/o de las Áreas de Control Interno del Programa SUMAR que determinan la confección de una Orden de Débito
- › en el caso de prácticas no catastróficas deberá informar además la ejecución de las transferencias.

A la UGSP de la jurisdicción del Efector beneficiario del pago:

- › en el caso que el Efector pertenezca a otra provincia deberá ser notificada la UGSP de la jurisdicción a la que pertenece.

A la UFI-S:

- › el envío de las Ordenes de Pago, de Débito o Crédito

A la UEC –Planes Especiales("informa.ccc@gmail.com"):

- › en el caso de prestaciones No Catastróficas los datos de la OP y la fecha de pago efectivo
- › en el caso de prestaciones Catastróficas los datos del envío de la OP.

ii. La Unidad de Administración de la UFI-S, deberá notificar las transferencias correspondientes al pago de los módulos Catastróficos:

Las notificaciones serán enviadas a los siguientes destinatarios:

- i. al Efector
- ii. a la UGSP que emitió la Orden de Pago
- iii. a la UGSP, cuya jurisdicción pertenezca el Efector
- iv. a la UEC –Planes Especiales(informa.ccc@gmail.com)

8- PAGOS OBJETADOS POR LAS AUDITORIAS DEL PROGRAMA.

A partir de los controles y revisiones en los pagos, que realicen las auditorías del Programa, podrán surgir objeciones por incumplimiento a la normativa vigente.

Dichas objeciones implicarán el pedido de aplicación de sanciones; correspondiéndole una multa a la provincia y un débito en futuras transferencias al establecimiento.

APLICACION DE DEBITOS A LOS ESTABLECIMIENTOS

En el caso de la sanción que le corresponde al Establecimiento, se ha establecido un procedimiento que deberá efectuar la UGSP para hacerlas efectivas:

a. Notificación

La UGSP deberá notificar al Prestador y a la UA del FRSEC o en su caso a la dependencia provincial que ejecute los pagos la sanción dispuesta.

Dicha sanción consiste en aplicar un débito en las próximas transferencias que recibirá el establecimiento penalizado.

La aplicación del débito quedará documentada con una "Orden de Débito". Dicho documento incluirá toda la información que permita identificar la orden de pago objetada, el motivo y el beneficiario involucrado.

b. Plazo para la emisión de la Orden de Débito

El plazo es de 20 días de recibido el informe de la ACE o el informe del Área de Auditoría y Supervisión de la UEC.

A los efectos de la medición del plazo, se establece que el mismo se inicia en la fecha de recepción por la UGSP del informe de la Auditoría Concurrente Externa (ACE) o del Informe de Supervisión del Área de Supervisión y Auditoría de la Gestión Administrativa y Financiera de la UEC, según corresponda y concluye en la fecha de recepción de la orden de débito en la UA del FRSEC.

c. Aplicación del Débito

Para las prestaciones y módulos catastróficos será la UA del FRSEC (UFI-S) la que recibirá la Orden y aplicará el débito en oportunidad de efectuarse la siguiente transferencia de fondos al Prestador, independientemente de la UGSP que haya ordenado el pago.

Para las prestaciones No catastróficas, todo el proceso quedará a cargo de la UGSP

INCUMPLIMIENTO DE PARTE DE LA UGSP

a) Demora en la emisión de la Orden de Débito-Aplicación subsidiaria

En aquellos casos en que la UGSP incumpla el plazo máximo de 20 días para emitir y enviar la orden de débito, la UEC aplicará a la UGSP una multa del 20% del monto objetado pagar y ordenará de manera subsidiaria la aplicación de dichos débitos al establecimiento, notificando al Prestador, a la UA del FRSEC y a la UGSP la sanción dispuesta.

La notificación y aplicación subsidiaria quedará documentada a través de una Orden de Débito

9- RECOMENDACIONES

PARA EL ESTABLECIMIENTO QUE FACTURA

- › Dejar copia de los Reportes en la Historia Clínica del paciente a los efectos de que puedan ser relevados por las auditorías en terreno que disponga el Programa.
- › El Responsable de la facturación deberá firmar la factura y toda la documentación que contenga el expediente independientemente de quien deba rubricar los Reportes.
- › La firma del profesional médico avala la prestación y la del responsable de la facturación certifica su correspondencia con la liquidación.
- › Tener en cuenta que no obstante estar aprobado el pago y realizada la transferencia, estas prestaciones podrán ser objeto de auditoría en terreno relevando la Historia Clínica y los registros correspondientes al paciente.
- › El Sistema Informático asignará niveles de responsabilidad y acceso para la carga y manejo de la información.

PLANES ESPECIALES
AREA COBERTURA PRESTACIONAL
UEC-PROGRAMA SUMAR