

SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS)

Decreto 343/2023

DCTO-2023-343-APN-PTE - Creación.

Ciudad de Buenos Aires, 06/07/2023

VISTO el Expediente N° EX-2023-10994164-APN-DNCSSYRS#MS, las Leyes Nros. 23.660, 23.661 y sus respectivas modificaciones, 26.682 y su modificatoria, el Decreto N° 939 del 19 de octubre del 2000 y su modificatorio y la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 584 del 19 de marzo de 2021, y

CONSIDERANDO:

Que resulta necesario avanzar en la implementación de las políticas sustantivas e instrumentales fijadas por el GOBIERNO NACIONAL para la transformación, el desarrollo y fortalecimiento del Sector Salud.

Que el artículo 2° de la Ley N° 23.661 establece que el Seguro de Salud tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, eliminando toda forma de discriminación sobre la base de un criterio de justicia distributiva; considerándose agentes del seguro a las obras sociales nacionales, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten.

Que, por otra parte, el artículo 3° de la citada ley dispone que el seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten e instrumenten a través del entonces MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (hoy MINISTERIO DE SALUD), las que estarán encaminadas a articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, de los establecimientos públicos y de los prestadores privados en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país; y se orientarán también a asegurar adecuado control y fiscalización por parte de la comunidad y

afianzar los lazos y mecanismos de solidaridad nacional que dan fundamento al desarrollo de un seguro de salud.

Que el artículo 36 de la referida Ley N° 23.661 prevé que la política en materia de medicamentos será implementada por el entonces MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (hoy MINISTERIO DE SALUD) de acuerdo con las atribuciones que al efecto determina la legislación vigente.

Que el artículo 20 de la Ley N° 26.682 establece que aunque no mediare convenio previo, los sujetos comprendidos en su artículo 1° deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, y los de la Seguridad Social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para los Agentes del Seguro de Salud.

Que por el Decreto N° 939/00 se creó el “RÉGIMEN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA (HPGD)”, y 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 y las beneficiarias de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a que hace referencia el artículo 1° del Decreto N° 9/93.

Que los establecimientos públicos de salud se comportan como un prestador obligado e incondicional del Sistema de Seguridad Social, aun sin existir vínculo contractual con los Agentes del Seguro de Salud e incluso las Entidades de Medicina Prepaga, al reconocer y erogar las prestaciones a sus beneficiarios y beneficiarias; por lo que su rol garantiza la cobertura universal en las prestaciones de salud a toda la población, con una oferta prestacional integral en todos los niveles de atención.

Que, en términos territoriales, esta presencia es muchas veces de carácter exclusivo, como también tienen similar temperamento aquellos establecimientos que se desarrollan en materias de especialidad, como referentes obligados del sistema de atención.

Que en materia de salud pública, entre los objetivos impuestos por la gestión para la transformación del sistema sanitario, se promueve potenciar e introducir el uso de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), disminuir las brechas tecnológicas entre

las jurisdicciones, mejorar la gestión de los servicios de salud, optimizar los procesos y las competencias, empoderar a la población en el acceso a la información e integrar los subsistemas de salud público y privado.

Que a partir de la pandemia declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en relación con la COVID-19, el ESTADO NACIONAL se vio en la necesidad de implementar rápidamente políticas tendientes al resguardo de la población con el fin de cumplir con una correcta protección de su salud ante el desafío que surgió de estas nuevas condiciones.

Que la pandemia por COVID-19 implicó un nuevo umbral de crisis sanitaria, de gravedad y sin precedentes en la historia reciente, que se potenció al generar una crisis económica de alcance mundial: ambas crisis incrementaron el desfinanciamiento del sector, debido al incremento en los costos y las exigencias asociadas al reordenamiento de las prioridades de atención, que comprometieron la sustentabilidad del sistema de salud y el abordaje de algunas líneas críticas de cuidado (enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades oncológicas, trasplantes), de la atención primaria de la salud (esquemas de inmunización, maternidad e infancia) y el acceso y continuidad de los tratamientos.

Que la combinación de estos factores afecta el estado de salud de la población y requiere de una intervención robusta y oportuna de las políticas de salud para evitar consecuencias negativas imprevisibles.

Que la superposición de coberturas, la heterogeneidad y la descoordinación perpetúan la existencia de subsidios cruzados que perjudican severamente la equidad y la eficiencia del sistema de salud en su conjunto, por lo que es preciso mejorar los niveles de coordinación y maximizar, no solo el recupero de costos entre el subsistema público y los otros DOS (2) subsistemas, sino también articular la continuidad de atención con centro en las personas.

Que, por lo tanto, constituye una responsabilidad indelegable del Estado en sus TRES (3) niveles: Nacional, Provincial y Municipal, garantizar la sustentabilidad del sistema, alineado con el sostenimiento de efectivas prestaciones de salud de calidad.

Que los desafíos que el Sistema de Salud enfrenta se han agudizado en razón del contexto referido, a cuyo efecto siempre es el propósito central la efectiva aplicación y materialización del

Derecho a la Salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad de las acciones encaradas, el fortalecimiento de la integración del sistema y la continuidad de atención de la población.

Que a su vez, recogiendo la experiencia de estas décadas de funcionamiento de los regímenes denominados Hospitales de Autogestión y luego Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, se advierte que estos sistemas cuentan con una baja cantidad de establecimientos públicos adheridos, alimentado por dificultades de gestión operativa, desactualización de aranceles, inconsistencia del catálogo prestacional, disgregación, gran heterogeneidad de resultados e inequidad dada también por un financiamiento dispar, tornándose evidente la necesidad de dinamizar la interacción que persiguen, como también su proliferación y en términos generales, mejorar su desempeño.

Que en la actualidad, y a pesar de lo establecido por el artículo 8° del Decreto N° 939/00, el sistema de recupero de costos del régimen de Hospitales de Gestión Pública Descentralizada aún adeuda el recupero efectivo con obras sociales provinciales, obras sociales creadas por leyes especiales, mutuales, cooperativas, empresas de medicina prepaga, de seguros de accidentes, de medicina laboral y otras similares como financiadores afectados.

Que el propósito de dicho sistema consiste en ofrecer una vía nacional de recupero que complemente a los sistemas jurisdiccionales, o bien, funcione como un sistema subsidiario.

Que también es preciso reconocer que las prestaciones dadas por los establecimientos públicos de salud constituyen una obligación que debe ser retribuida por el Sector de la Seguridad Social y las Entidades de Medicina Prepaga, con causa en la efectiva prestación brindada, con el fin complementario de evitar la duplicación de esfuerzos y la desarticulación de los servicios.

Que a ello se suma la imperiosa necesidad de políticas de integración efectiva, por cuanto las consecuencias de la fragmentación y segmentación deterioran los resultados del Sistema de Salud, a la vez que importan una duplicidad de esfuerzos que la integración debe contrarrestar.

Que, por ello, se requiere del fortalecimiento del sistema que articula las prestaciones efectivamente brindadas por los establecimientos públicos de salud con los distintos sectores.

Que, en ese sentido, el recupero de costos establece una relación sinérgica entre responsabilidad y derecho, al propiciar que la facturación de la prestación brindada se traduzca en la generación de recursos concretos que, a su vez, contribuyan al financiamiento y al fortalecimiento del sistema.

Que para ello, el desarrollo de la calidad y la accesibilidad efectiva a tales establecimientos permiten satisfacer las necesidades de la población, acorde a principios de equidad, solidaridad, sustentabilidad y eficiencia.

Que el contexto actual hace impostergable la toma de decisiones para consolidar un régimen que es altamente utilizado por la población con distintas coberturas, aún sin la retribución correspondiente por parte de los distintos financiadores del sistema, por lo que es preciso trazar el marco básico hacia una reorganización e integración de los establecimientos públicos de salud, en interacción con el sistema, articulando la gestión de los y las pacientes, como también homogeneizando parámetros de calidad de atención, en los que se reconozca la relevancia de estos para fortalecer el acceso y también mitigar la inequidad.

Que la ampliación respecto del modelo hospitalario por el de establecimientos públicos de salud y la posibilidad de presentarse en red para la continuidad de atención propone reconocer las estrategias efectivas sobre la base de las necesidades de salud de la población, que incluye a todos los establecimientos de salud en el ciclo del cuidado de la salud humana.

Que, en función de lo precedentemente expuesto, razones de equidad, solidaridad, sustentabilidad y eficiencia justifican la modificación del referido Régimen Hospitalario por un SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS), basado en la utilización efectiva que los distintos sectores del sistema realizan de estos.

Que se trata de un modelo de acceso a la atención integral desde los establecimientos públicos, centrado en la salud de la población como poderoso instrumento de rectoría e integración, vector de desarrollo de la calidad y seguridad que mitiga la inequidad y constituye un mecanismo de sostenibilidad de los servicios.

Que, por lo tanto, sobre la base del rol rector y de gobernanza del MINISTERIO DE SALUD es preciso apoyar el sistema federal mediante el trabajo comprometido con las jurisdicciones, que permitirá mediante este SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS) lograr la implementación de las políticas de calidad llevadas a cabo por ese Ministerio (actualmente dentro del PLAN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2021-2024).

Que, de esta manera, se requiere fortalecer la capacidad de acción de los establecimientos públicos de salud, objetivando sus alcances a resultados de salud que impulsen y dinamicen la estrategia de atención primaria, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la calidad y seguridad de los servicios de atención de salud brindados.

Que el avance de los sistemas de información permiten continuar y profundizar las modalidades de gestión de los servicios que incluyen tanto a la telemedicina, como la interoperabilidad, la posibilidad de compartir la información con seguridad y el monitoreo del desempeño de la integración de coberturas.

Que esto aplica tanto en lo que hace a la atención como al régimen de facturación y cobro por parte de los establecimientos públicos de salud, en lo relativo a su interacción con los financiadores.

Que, en función de ello, será menester incorporar y adecuar los sistemas de información, y dotarlos con estándares que permitan la integración, interoperabilidad y eficacia en el reagrupamiento de prestaciones, tales como la “Plataforma On-line”, aprobada por la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Nº 584/21.

Que, al mismo tiempo, la disposición de un sistema nacional atravesado por dichas herramientas constituye una importante fuente potencial de acceso a información estratégica.

Que como contracara imprescindible de ello, es preciso contar con un padrón único de datos de cobertura y servicios de la población incluida en el sistema integrado, a fines de posibilitar la gestión operativa del SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS) a través de la unificación, actualización y estandarización de la información de coberturas de la población.

Que tomó la intervención que le compete la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, organismo descentralizado actuante en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 99, inciso 1 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA

DECRETA:

ARTÍCULO 1°.- Créase el “SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS)”.

ARTÍCULO 2°.- Serán objetivos del mencionado “SICEPS” los siguientes:

a. Promover acciones tendientes a integrar el sistema de salud satisfaciendo las necesidades de la población a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad.

b. Fomentar una gestión efectiva, eficiente, humanizada para la calidad y seguridad de la atención en los establecimientos públicos de salud.

c. Mejorar los niveles de calidad de atención y acceso efectivo a la atención en salud por parte de la población.

d. Respetar las particularidades regionales y locales de la población y de los Establecimientos Públicos de Salud bajo una concepción federal, que a su vez normalice y desarrolle estrategias y protocolos rectores como línea de base y visión común de gobernanza.

e. Fortalecer los procesos que promueven la motivación y el compromiso de los y las integrantes del equipo de salud.

f. Alinear el efectivo acceso de la población a los efectores sanitarios públicos con incentivos de sustentabilidad de la atención.

ARTÍCULO 3º.- Créase el “REGISTRO DE INSCRIPCIÓN Y MONITOREO DEL SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (RIMSICEPS)” en el ámbito de la SECRETARÍA DE CALIDAD EN SALUD del MINISTERIO DE SALUD, a efectos de cumplir los objetivos referidos en el artículo 2º del presente, que reemplazará al REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA (RNHPGD) creado por el artículo 3º del Decreto N° 939/00.

Los Establecimientos Públicos de Salud que se encuentren inscriptos en el citado “RNHPGD” se considerarán incorporados al “SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS)”.

ARTÍCULO 4º.- Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (Ley N° 19.032), la OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN (Acordada CSJN N° 01/2022), la DIRECCIÓN DE AYUDA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN (Ley N° 13.265), el INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS –IOSFA- (Decreto N° 637/13), las OBRAS SOCIALES de las UNIVERSIDADES NACIONALES (Ley N° 24.741), las OBRAS SOCIALES PROVINCIALES, las Entidades de MEDICINA PREPAGA (Ley N° 26.682), las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (Ley N° 24.557), las Aseguradoras de Accidentes de Tránsito (Ley N° 24.449) y cualquier otro sistema de cobertura de salud (en adelante, “Agentes Financiadores”) están obligados a pagar las prestaciones que hayan brindado a sus afiliados y

afiliadas los Establecimientos Públicos de Salud inscriptos en el citado “RIMSICEPS”, acogiéndose a los sistemas de facturación, evaluación y auditoría que a tal efecto se establezcan.

ARTÍCULO 5°.- El MINISTERIO DE SALUD integrará al “SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS)” a los “Agentes Financiadores” no regulados por las Leyes Nros. 23.660, 23.661 y 26.682 y promoverá su incorporación a dicho Sistema a través de los instrumentos que considere pertinentes.

ARTÍCULO 6°.- Las distintas jurisdicciones (Nacional, Provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Municipal) podrán inscribir en el citado “RIMSICEPS” a todos los Establecimientos Públicos de Salud de su dependencia que cumplan con la presente normativa. Asimismo, podrán hacerlo por sí las instituciones descentralizadas que cuenten con personería jurídica propia.

ARTÍCULO 7°.- Los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS” deberán garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud y eliminar todo tipo de arancelamiento al público por la utilización de los servicios que brinda.

ARTÍCULO 8°.- Los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS” actuarán de acuerdo con las normas vigentes en la jurisdicción a la que pertenezcan y con las facultades legales asignadas por la autoridad competente en el marco de dichas normas.

ARTÍCULO 9°.- Los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS” guiarán su accionar a través de los siguientes lineamientos:

a. Garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad, a la población, esté o no cubierta por los restantes subsistemas de atención de la salud.

b. Fortalecer activamente la estrategia de atención primaria y la continuidad de la atención de la población.

c. Mejorar progresivamente los niveles de calidad y seguridad de la atención a partir del cumplimiento de normas de calidad y trato humanizado centrado en las personas.

d. Participación comunitaria en el acceso a la información, el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada a la población.

e. Brindar atención a la población individualizando su cobertura al solo efecto del recupero efectivo.

ARTÍCULO 10.- Los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS” podrán:

a. Celebrar convenios, a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente, o por sí en caso de poseer personería jurídica propia, con los “Agentes Financiadores” en relación con las prestaciones que los mismos están obligados a brindar a sus afiliados y afiliadas y a sus beneficiarios y beneficiarias.

b. Cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios y usuarias de los “Agentes Financiadores” dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario y/o la usuaria y de acuerdo a las obligaciones en materia prestacional que fije la normativa vigente.

c. Celebrar convenios en red en el marco de los supuestos previstos en los incisos anteriores, fortaleciendo el financiamiento directo y conforme las definiciones que establezcan las autoridades jurisdiccionales.

d. Complementar los servicios prestacionales que brinda a la población, a través de la integración de redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos y/o privados, debidamente habilitados por autoridad competente.

e. Disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio establecimiento, de acuerdo al marco normativo de su propia jurisdicción.

ARTÍCULO 11.- Los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS” estarán sujetos a las siguientes obligaciones:

a. Cumplir con los requisitos que establezca el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA en el marco de las acciones establecidas en el “Plan Nacional de Calidad en Salud 2021-2024”.

b. Contar con habilitación y categorización por la autoridad competente en la jurisdicción.

c. Elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional, para su aprobación, el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos.

d. Constituir, desarrollar y sostener un área, dirección, departamento y/o comité de gestión de la calidad y seguridad de la atención o similar.

e. Desarrollar sistemas de gestión de calidad y seguridad de la atención e indicadores de los servicios brindados a la población, respaldados por evidencia objetiva, manuales de funcionamiento, normas, políticas y procedimientos de atención y gestión acordes a los procesos propios de su nivel de complejidad y perfil asistencial.

f. Ejercer la administración de personal, en el marco de las políticas y normativas jurisdiccionales vigentes.

g. Contar con su propio Reglamento interno y constituir comisiones y/o comités técnicos asesores.

h. Extender los horarios de atención y articular las vías de acceso con apoyo en la tecnología y la telesalud, fortaleciendo la interoperabilidad y la seguridad de la información al servicio de la mejora de atención efectiva y oportuna.

ARTÍCULO 12.- La Dirección del ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DE SALUD deberá contar con personal con capacitación y experiencia en administración sanitaria, calidad y seguridad de la atención.

ARTÍCULO 13.- Los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS” continuarán recibiendo las transferencias presupuestarias del ámbito jurisdiccional correspondiente, a las que se agregarán los recursos generados a partir de la puesta en marcha del Sistema que por el presente se crea.

ARTÍCULO 14.- Los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS” deberán organizar un proceso administrativo de facturación eficaz y eficiente, cuyos gastos no deberán comprometer el adecuado financiamiento de las actividades prestacionales.

ARTÍCULO 15.- Los ingresos que perciban los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS” en concepto de prestaciones facturadas a terceros pagadores serán administrados directamente por cada establecimiento o por la red jurisdiccional en su caso, debiendo establecer la autoridad jurisdiccional el porcentaje a distribuir en ambas alternativas, entre:

a. Un Fondo de Redistribución Solidaria que deberá privilegiar, al momento de la asignación de los recursos, el desarrollo de acciones de calidad y seguridad de la atención, de formación y capacitación de los recursos humanos, de accesibilidad, de continuidad de atención, y el desarrollo de acciones y/o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sobre la base de la atención primaria de la salud. La base geográfica del servicio deberá fundamentarse en el concepto de área programática, articulando las estrategias de continuidad de la atención en salud centrada en las personas.

b. Un Fondo para Nuevas Inversiones, Costos de Funcionamiento y Mantenimiento para la Seguridad de las Instalaciones y la Protección de los Equipos de Salud del Establecimiento, administrado por sus propias autoridades.

c. Un Fondo para Distribución mensual entre todo el personal del establecimiento sin distinción de categorías y funciones, de acuerdo con las pautas y en los porcentajes que la autoridad jurisdiccional determine sobre la base de criterios de calidad, productividad, efectividad y

eficiencia de los procesos del establecimiento. La Autoridad Sanitaria jurisdiccional será la responsable de la ejecución correspondiente.

Los parámetros de distribución para los establecimientos públicos nacionales serán los siguientes: inciso a) VEINTE POR CIENTO (20 %), inciso b) TREINTA POR CIENTO (30 %) e inciso c) CINCUENTA POR CIENTO (50 %). El MINISTERIO DE SALUD dictará las medidas respectivas para fomentar su aplicación y control en los establecimientos, institutos y organismos asistenciales descentralizados actuantes bajo su órbita. Asimismo, podrá solicitar información vinculada al presente Sistema a cada jurisdicción.

ARTÍCULO 16.- Los “Agentes Financiadores” mencionados en el artículo 4° del presente están obligados a pagar las prestaciones que hayan brindado a sus afiliados y afiliadas los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS”, acogiéndose a los sistemas de facturación, evaluación y auditoría que a tal efecto se establezcan.

Los “Agentes Financiadores” no regulados por las Leyes Nros. 23.660, 23.661 y 26.682 estarán obligados en la medida de su integración al SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS), acorde lo dispuesto por el artículo 5° del presente decreto.

ARTÍCULO 17.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y el MINISTERIO DE SALUD monitorearán y establecerán los circuitos de pago y facturación de los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS”, según el sistema que a tal efecto se encuentre vigente por convenio directo, circuito de gestión o débito automático en la cuenta recaudadora de los “Agentes Financiadores” al que pertenezca el afiliado y/o la afiliada o el beneficiario y/o la beneficiaria, cuyas prestaciones hubieran sido facturadas de acuerdo a los valores fijados en el Nomenclador que al efecto determine el MINISTERIO DE SALUD, con excepción de aquellas prestaciones que se contemplan en el Sistema Único de Reintegros por Gestión de Enfermedades (SURGE) que serán abonadas con recursos del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN y hasta los valores allí establecidos, cuando así corresponda.

ARTÍCULO 18.- El MINISTERIO DE SALUD podrá:

a. De común acuerdo con la autoridad jurisdiccional respectiva incluir en el “REGISTRO DE INSCRIPCIÓN Y MONITOREO DEL SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (RIMSICEPS)” a los establecimientos asistenciales que no cumplieran en su totalidad con las condiciones previstas en el presente decreto, acordando para ello un Programa de transición y reforma, bajo monitoreo conjunto, que así lo justifique.

b. Brindar asistencia técnica y financiera a través de programas específicos para el desarrollo del ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DE SALUD inscripto en el citado “RIMSICEPS”, así como para la formación y capacitación del recurso humano y el fortalecimiento de acciones de calidad y seguridad de la atención. Asimismo, orientará los programas de asistencia financiera multilateral al fortalecimiento y desarrollo del modelo propuesto.

c. Establecer el Nomenclador de prestaciones para el “SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS)” y fijar sus valores, conforme los criterios de sustentabilidad y razonabilidad que fortalezcan la continuidad del sistema y fomenten el desarrollo de la mejora.

d. Realizar el monitoreo del Sistema y llevar adelante todas las acciones necesarias para su fortalecimiento respecto de la integración y calidad y seguridad de la atención.

ARTÍCULO 19.- Establécese que el mecanismo operativo para el pago de las prestaciones brindadas por los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos en el citado “RIMSICEPS” a favor de los afiliados y las afiliadas y/o de los beneficiarios y las beneficiarias de los “Agentes Financiadores” será a través de una plataforma electrónica, de uso obligatorio, que permitirá la interacción en forma automática entre las entidades mencionadas, los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos al citado “RIMSICEPS” y la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD al solo efecto de posibilitar el cobro de la facturación.

ARTÍCULO 20.- Créase el “Padrón Único Consolidado de Población”, cuya gestión estará a cargo del MINISTERIO DE SALUD, que tendrá por objetivo unificar, actualizar y estandarizar la información de coberturas de la población y facilitar el proceso de facturación de los ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD inscriptos al citado “RIMSICEPS”, además de fortalecer la capacidad de gobierno y regulación de los organismos públicos involucrados.

El “Padrón Único Consolidado de Población” se integrará con la información de los afiliados y las afiliadas y los beneficiarios y las beneficiarias de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, las Entidades de MEDICINA PREPAGA (Ley N° 26.682), el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (Ley N° 19.032), la OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN (Acordada CSJN N° 01/2022), la DIRECCIÓN DE AYUDA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN (Ley N° 13.265), el INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS -IOSFA- (Decreto N° 637/13) y las OBRAS SOCIALES de las UNIVERSIDADES NACIONALES (Ley N° 24.741), las OBRAS SOCIALES PROVINCIALES, las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (Ley N° 24.557), las Aseguradoras de Accidentes de Tránsito (Ley N° 24.449) y todos aquellos que posean algún otro tipo de seguro y/o cobertura explícita de salud.

ARTÍCULO 21.- El MINISTERIO DE SALUD será la Autoridad de Aplicación del presente decreto y quedará facultado para dictar todas las normas aclaratorias o complementarias que hagan al mejor cumplimiento del mismo.

ARTÍCULO 22.- Derógase el Decreto N° 939 del 19 de octubre de 2000 y su modificatorio N° 26 del 9 de enero de 2017.

ARTÍCULO 23.- Comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese.

FERNÁNDEZ - Agustín Oscar Rossi - Carla Vizzotti

e. 07/07/2023 N° 52261/23 v. 07/07/2023

Fecha de publicación 07/07/2023