



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Anexo

Número:

Referencia: ANEXO I - EX-2019-72211597- -APN-SCPASS#SSS

ANEXO I

PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN POR INTEGRACIÓN DE LAS PRESTACIONES “Rehabilitación Integral Intensivo”, “Rehabilitación Integral Simple” y “Prestaciones de Apoyo”

1 – NORMAS GENERALES

1.1 Teniendo en consideración los alcances establecidos en el artículo 15° de la Ley 24.901 se considera que la prestaciones de rehabilitación implican el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, en pos de la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social;

La atención ambulatoria de prestaciones de rehabilitación de pacientes deberá estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda, el cual debe coordinar al resto de los profesionales intervinientes.

1.2 Toda vez que las prestaciones de rehabilitación deben apuntar a lograr en la persona con discapacidad, la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, es que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD solo reconocerá el financiamiento de los módulos de rehabilitación integral intensivo y/o simple realizados en instituciones debidamente acreditadas y categorizadas por la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, según las estipulaciones contempladas en la Resolución N° 47/2001 del entonces Ministerio de Salud o la que en el futuro la modifique o reemplace.

1.3 A su vez, las Instituciones debidamente acreditadas y categorizadas por la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD deberán encontrarse debidamente inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores de esta SUPERINTENDENCIA.

1.4 Esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD financiará los módulos “Rehabilitación Integral Intensivo” (código 090), “Rehabilitación Integral Simple” (código 091) con el siguiente esquema de atención, a saber:

1.4.1 Se considerará el valor del “Rehabilitación Integral Intensivo” (código 090) cuando el mismo incluya CINCO (5) o más sesiones semanales, debiendo las mismas estar concentradas en no más de TRES (3) días a la semana, salvo excepción fundada.

El esquema de días y sesiones, detallado en el presente apartado será de cumplimiento obligatorio para aquellos beneficiarios que sean declarados por primera vez en el mecanismo INTEGRACIÓN a partir del dictado de la presente.

Para los beneficiarios que ya posean un esquema anual de tratamiento será aconsejable que los Agentes del Seguro de Salud implementen el cronograma de no más de tres días a la semana, siendo de obligatorio cumplimiento a partir del año 2020.

Este criterio apunta a revalorizar el derecho del niño con discapacidad al descanso, al esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad, sin disminuir las prestaciones de rehabilitación que sean necesarias e indicadas por los profesionales tratantes, pero aspirando a

que las mismas puedan coordinarse de manera tal que la persona con discapacidad no padezca una mayor carga horaria en el transporte y la espera que en la prestación de rehabilitación propiamente dicha.

1.4.2 Se considerará el valor del “Rehabilitación Integral Simple” (código 091) cuando el mismo incluya NO más de CUATRO (4) sesiones semanales, debiendo las mismas estar concentradas en no más de DOS (2) días a la semana, salvo excepción fundada en virtud del criterio prestacional antes expuesto.

La implementación de este nuevo esquema, al igual que lo expresado en el punto 1.4.1 será de cumplimiento obligatorio para aquellos beneficiarios que sean declarados por primera vez en el mecanismo INTEGRACIÓN a partir del dictado de la presente.

1.5 Cuando las prestaciones se brinden en consultorios particulares no inscriptos ni categorizados por la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, las mismas serán reconocidas y financiadas bajo la práctica “Prestación de Apoyo” (código 86), pudiendo los Agentes del Seguro de Salud presentar hasta TRES terapias ambulatorias como complemento o refuerzo de una prestación principal de las incluidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad, con un máximo de seis (6) horas de prestaciones de apoyo.

Para el reconocimiento de las Prestaciones se Apoyo, cuando las mismas superen la actuación de DOS o más profesionales independientes, el Agente del Seguro de Salud a través del personal integrante del equipo interdisciplinario de Discapacidad deberá efectuar los informes de evaluación y auditar las prestaciones recibidas por el beneficiario, los cuales serán plasmados en el modelo aprobado en el Anexo III de la

presente Resolución.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD no autorizará dos o más sesiones en un mismo día para el mismo profesional tratante.

1.6 La “Prestación de Apoyo” (código 86) no será reconocida cuando se indique su realización en la institución donde el beneficiario efectúa la Prestación Principal en Jornada Doble, salvo excepción debidamente justificada.

2 - DOCUMENTACION REQUERIDA

En forma complementaria a la información exigida en el ANEXO II de la Resolución N° 887-E/2017-SSSalud – y existente en el Legajo Individual del beneficiario con discapacidad que los Agentes del Seguro de Salud están obligados a conservar, se deberá incorporar al mismo la siguiente documentación, para las prestaciones reguladas en la presente Resolución, a saber:

2.1 - “Rehabilitación Integral Intensivo” (código 090), “Rehabilitación Integral Simple” (código 091).

- Informe semestral del profesional responsable del tratamiento del Centro de rehabilitación donde detalle las terapias realizadas, objetivo de tratamiento, días y carga hora así como evolución y resumen del avance de cada profesional interviniente, según el modelo de Informe aprobado en el Anexo II de la presente Resolución.

2.2 Prestación de Apoyo” (código 86)

- Informe semestral del responsable del Agente del Seguro de Salud integrante del equipo interdisciplinario de Discapacidad, donde detalle las terapias realizadas, objetivos de tratamiento, días y carga hora así como evolución y resumen del avance de cada profesional interviniente, según el modelo de Informe aprobado en el Anexo III de la presente Resolución.
- Habilitación sanitaria del consultorio donde se efectúa la atención sanitaria del beneficiario con discapacidad. En caso que la habilitación sanitaria del establecimiento no se encuentre a nombre del profesional que brinda la prestación, deberá requerirse Título Habilitante y Matrícula para ejercer, emitidos por autoridad competente.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de los consultorios donde se brinda la prestación, así como la inscripción a título personal del profesional.

